Health Canada Santé Canada

SHARING THE LEARNING

The Health Transition Fund

SYNTHESIS SERIES

Seniors' Health

Canada

Our mission is to help the people of Canada maintain and improve their health.

Health Canada

The opinions expressed in this publication are those of the author and do not necessarily reflect the views of Health Canada.

Contents may not be reproduced for commercial purposes, but any other reproduction, with acknowledgments, is encouraged.

This publication may be provided in alternate formats upon request.

For further information or to obtain additional copies, please contact:

Publications
Health Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0K9
Tel.: (613) 954-5995
Fax : (613) 941-5366

This document is available on the Health Canada web site: http://www.hc-sc.gc.ca

© Minister of Public Works and Government Services Canada, 2002

Cat. H13-6/2002-7
ISBN 0-662-66310-1

102-06329/

SHARING THE LEARNING

The Health Transition Fund

SYNTHESIS SERIES

Seniors' Health

Anne Martin-Matthews, PhD
Professor of Family Studies
School of Social Work & Family Studies
University of British Columbia

This report is one in a series of 10 syntheses of HTF project results covering the following topics: home care, pharmaceutical issues, primary health care, integrated service delivery, Aboriginal health, seniors' health, rural health/telehealth, mental health, and children's health. The tenth document is an overall analysis. All are available electronically on the HTF website (**www.hc-sc.gc.ca/htf-fass**), which also contains information on individual HTF projects.

Executive Summary

The Health Transition Fund (HTF), a joint effort between federal, provincial, and territorial governments, was created out of the 1997 federal budget to encourage and support evidence-based decision making in health care reform. Between 1997 and 2001, the HTF funded approximately 140 different pilot projects and/or evaluation studies across Canada. In order to communicate research evidence from the projects to decision-makers, experts were employed to synthesize the key process and outcome learnings in each of nine theme or focus areas: home care, pharmacare, primary care/primary health care, integrated service delivery, children's health, Aboriginal health, seniors' health, rural health/telehealth, and mental health. This document summarizes the key learnings from 25 projects in the seniors' health theme area. It has been prepared by Anne Martin-Matthews, Ph.D., Professor of Family Studies in the School of Social Work and Family Studies at the University of British Columbia.

Health of Seniors in Canada

Among Canada's population of just over 30 million people, 3.7 million (approximately 12 per cent of the population) are over the age of 65. This figure is projected to rise to 5 million (14 per cent of the population) by 2011; by 2025, an estimated 18 per cent of the population will be seniors (Moore & Rosenberg, 1997). The number and proportion of elderly people of advanced age (75 years or older) in the population are increasing rapidly. One of the reasons for the interest in seniors' health issues at the national policy level is the concern that population aging will put pressure on health resources because of the rate at which older individuals use hospitals and other health services (Lassey, Lassey, & Jinks, 1997, p. 73).

However, the issues in seniors' health and in seniors' use of health services as currently constituted are exceedingly complex.

Among older people there is a wide range of individual differences in the incidence of acute and chronic illnesses, in the availability of health care, and in the reaction to declining health conditions. Illness in old age is more often chronic than acute, and our health care system, which typically focuses on short-term, acute hospital care, currently places comparatively little emphasis on helping seniors deal with the chronic conditions of aging, such as heart disease and hypertension, respiratory problems, and arthritis. It is estimated that activity limitations due to chronic health conditions are experienced by approximately 18 per cent of those aged 65 to 79, 22 per cent of those aged 80 to 84 and 40 per cent of those aged 85 years and older.

Elderly people threatened with a decline in, or loss of, independence need a complex combination of social and health care support provided by community-based services, hospitals, or long-term care facilities. These services are often fragmented, with little or no integration between them, with the result that each sector of the system deals with one or more, but not all, of a senior's complex health needs. The person is rarely treated "as a whole."

The 25 Health Transition Fund projects on seniors' health reflect the priority areas of study for researchers in gerontology and geriatrics in Canada (and around the world) and the trends noted by seniors' advocacy groups such as the National Advisory Council on Aging. Much of the research in gerontology and geriatrics reflects the belief amongst clinicians, researchers, and elderly people themselves that the physical declines associated with aging are best dealt with through community services that support independent living, mutual aid (self-help), and health promotion. Thus, 14 (56 per cent) of the

25 HTF projects relating to seniors' health addressed issues of home care. This bears out the relative importance of community care in the provision of services to older persons. Projects supported by the HTF focused on ways to improve the delivery of specific types of services along the continuum of care; at least three of them looked specifically at the way in which home support workers (HSWs) are assigned to cases and paid for their case assignments.

Similarly, the integration of service delivery was the focus of research in 10 (40 per cent) of these projects. These projects had as their goal the elimination or reduction of fragmentation and, in some cases, duplication of services. This was achieved by developing and evaluating mechanisms that bring together and allow for contact between the people providing services to an elderly person. This "integration" might be as focused as the communication between a physician and a pharmacist (ON221), between a mental health professional and a home support worker (PE121), or between various health professionals and discharge planners linked to the emergency department (QC429).

On the other hand, some HTF studies took a broader approach to the study of integration of services. The critical interface between the hospital and the home at the time of discharge was a particular focus of research. For example, projects looked at integrated service delivery at particular junctures, as at the point of discharge from hospital or from the emergency department or in relation to receipt of home care services. Other studies examined such methods of coordination as the development of a standardized assessment tool or a similar communications device. Some of the largest studies supported by the HTF developed or evaluated a range of services within a specific region or, more comprehensively, the full spectrum of service delivery and related funding arrangements within and across one or more health authorities or geographical regions. Each project was based on the recognition of a problem of integration and interface between the various services used by seniors along the continuum of care.

Other projects funded through the HTF dealt with each of the four principal issues of relevance to seniors' use of pharmaceuticals: prescribing practices; use of and compliance with drug treatment regimens; drug interaction problems; and costs. In addition, both HTF projects involving rural seniors targeted specific types of services, one involving rehabilitation and the other palliation.

Health human resource issues pervaded the findings of HTF projects on seniors' health. From the most focused and targeted initiatives within a single service sector to the more elaborate and complex pilot projects and evaluations of broad inter-sectoral and integrative initiatives, researchers consistently noted the importance of health care workers in effecting outcomes. For the most part, these studies indicate that personnel are working at the limits of their capacity, with evidence of high rates of staff turnover, stress, burnout, and general willingness but ultimate inability to participate in endeavours that increase work demands. Projects were most successful when they altered the pattern of working arrangements in a fundamental (and not merely additive) way, or when they provided personnel with new job responsibilities, such as developing a position that was not there before. However, even in these cases, success of the initiative often hinged on the pattern of communication between health care professionals in different sectors and on the clarification of roles and responsibilities. One consistently noted cross-sectoral issue in these projects was the lack of computerized access systems in many jurisdictions.

Policy recommendations in the area of home care for seniors include:

- In the orientation, structure, and organization of services, it is crucial to recognize the two functions of home care for seniors: its emerging role in sub-acute post-hospital care, and its somewhat better known role in the management of elderly persons' chronic care needs.
- There is a need to find and implement alternatives to case-based funding.
- For health care workers involved in providing home care for seniors, it is important to develop new and more flexible case management initiatives, and to train staff in the use of complex assessment tools, in order to promote the goal of continuity of services to seniors.
- The unique characteristics of seniors as clients of home care services must be recognized, and those at high risk for revisits to hospital should be linked to appropriate community-based (home care) and supportive services before they are discharged from hospital.

Policy recommendations concerning integrated service delivery for seniors include:

- The concerns of health care personnel in integrated service delivery must be taken into account when defining roles and responsibilities, with particular consideration paid to the distribution and nature of the workload, and to minimizing the role ambiguity of service providers in related jurisdictions.
- Physicians must be included as active players in system reform. They should be given the training needed to shift their focus from the primacy of the acute care sector to recognize the role and place of community care services.
- There is a need for resources to enhance the integration of service delivery for seniors and to fund integrated service delivery initiatives.

Policy recommendations concerning pharmacare and seniors' health include:

- There is a need for standardized administration (i.e., common drug classification systems and assessment tools).
- Collaboration between physicians and pharmacists must be facilitated and expanded.

Policy recommendations on the health of rural seniors include:

- Rural seniors require access to a spectrum of needed services across distances and in a context that is not service intensive.

Together, these reports of research financed through the HTF underscore the undeniable fact that as the population ages, the health care system must shift from a focus on acute care treatment to recognizing and supporting family care and community care. These research reports provide ample evidence that while the imperative of the continuum of care has "been well captured in the rhetoric of current health care reform, it is not happening in practice" (National Forum on Health, 1996, p. 56).

Preface

In recent years, Canada's health care system has been closely scrutinized with a view to quality improvement and cost-effectiveness. Fiscal pressures and changing demographics are resulting in initiatives to explore how the efficiency of the health care system can be increased while ensuring that high-quality services are affordable and accessible. Within this context, there has been a need for more research-based evidence about which approaches and models of health care have been working and which have not. In response to this requirement for evidence, and on the recommendation of the National Forum on Health, the Health Transition Fund (HTF) was created out of the 1997 federal budget to encourage and support evidence-based decision making in health care reform.

A joint effort between federal, provincial and territorial governments, the HTF funded 141 pilot projects and/or evaluation studies across Canada between 1997 and 2001, for a total cost of $150 million. Of that, $120 million supported provincial and territorial projects and the remaining $30 million funded national-level initiatives. The HTF targeted initiatives in four priority areas: home care, pharmaceutical issues, primary health care, and integrated service delivery. Various other focus areas emerged under the umbrella of the original four themes, including Aboriginal health, rural health/telehealth, seniors' health, mental health, and children's health.

The HTF projects were completed by the spring of 2001. In order to communicate the evidence generated by the projects to decision-makers, experts were employed to synthesize the key process and outcome learnings in each theme area. This document summarizes the key learnings in the seniors' health theme area. It has been prepared by Anne Martin-Matthews, Ph.D., Professor of Family Studies in the School of Social Work and Family Studies at the University of British Columbia.

Unique Nature of the HTF Projects

The HTF was quite different from other organizations that fund health-related research in this country, such as the Canadian Institutes for Health Research and its predecessor the Medical Research Council.

- It was a time-limited fund, which meant that projects had to be conceived, funded, implemented, and evaluated all in four years – a very short time in the context of system reform.
- It was policy-driven; policy-makers were involved in the project selection process, and wanted to focus on some of the outstanding issues in the four theme areas in the hope that results would provide evidence or guidance about future policy and program directions.

In order to encourage projects to address issues and produce results that would be relevant to decision-makers, the HTF developed an evaluation framework consisting of six elements (access, quality, integration, health outcomes, cost-effectiveness, and transferability). Each project was required to have an evaluation plan addressing as many of these elements as were relevant. In addition, all HTF projects were required to include a dissemination plan (for which funding was provided) in order to ensure that results were effectively communicated to those best able to make use of them. In addition to these individual dissemination plans, the HTF Secretariat is implementing a national dissemination strategy, of which these synthesis documents are one element. This emphasis on evaluation (systematic learning from the experience of the pilot initiatives) and dissemination (active sharing of results) was unique on this scale.

Most national projects were selected by an inter-governmental committee following an open call for proposals, while provincial/territorial initiatives were brought forward by each individual jurisdiction for bilateral approval with the federal government. At both levels, applications came not just from academics in universities, or researchers in hospital settings, but also from non-traditional groups such as Aboriginal organizations, community groups, and isolated health regions. Groups that had rarely, if ever, thought in terms of research, evidence, evaluation, and dissemination began doing so, and these developments bode well for improved understanding and collaboration among governments, provider organizations, and researchers. The role of federal, provincial, and territorial governments in the selection process ensured that the projects delved into the issues that were of high concern in each jurisdiction. By the same token, there was considerable scope in the range of project topics, and the body of projects was not (and was never intended to be) a definitive examination of each theme.

This unique focus and selection process imparts specific features to the HTF body of projects. The projects that were funded represent good ideas that were put forward; they do not represent a comprehensive picture of all the issues and potential solutions in each of the theme areas. The relatively short time frame meant that many researchers struggled to complete their work on time and the results are preliminary or incomplete; some pilot projects might take a number of years to truly show whether they made a difference. This must be left to others to carry forward and further investigate. Perhaps the greatest value in the large body of HTF projects comes from the lessons we can learn about change management from the researchers' struggles and challenges as they undertook to implement and evaluate new approaches to longstanding health care issues.

Acknowledgements

The author would like to thank Hollander Analytical Services Ltd. for its assistance in the preparation of this document. The HTF synthesis series was commissioned by Health Canada and managed by Hollander Analytical Services Ltd. The views expressed herein do not necessarily represent the official policy of federal, provincial or territorial governments.

Table of Contents

Executive Summary i
Health of Seniors in Canada i

Preface iv
Unique Nature of the HTF Projects iv

Acknowledgements v

1. Setting the Context 1
1.1 Socio-Demographic Profile 1
1.2 Seniors' Health Profile 1

2. Overview of the HTF Studies on Seniors' Health 3

3. Discussion of Significant/Relevant Findings 4
3.1 Home Care for Seniors 4
3.2 Integrated Service Delivery 8
3.3 Pharmaceutical Use Among Seniors 13
3.4 Seniors' Health in Rural Contexts 15

4. Health Human Resources Implications in Seniors' Health 16

5. Cross-Sectoral Implications in Seniors' Health 17

6. Implications for Policy and Practice in Seniors' Health 18
6.1 Policy Issues Involving Home Care For Seniors 18
6.1.1 Orientation, Structure and Organization of Services 18
6.1.2 Funding of Home Care Services 18
6.1.3 Staffing and Training in Home Care 19
6.1.4 Seniors as Clients of Home Care Services 19
6.1.5 Resources to Enhance the Delivery of Home Care Services to Seniors 19
6.2 Policy Issues in Integrated Service Delivery for Seniors 19
6.2.1 The Roles of Health Care Personnel in Integrated Service Delivery for Seniors 19
6.2.2 The Role of Physicians as Key Agents in System Reform 20
6.2.3 Resources to Enhance the Integration of Service Delivery for Seniors 20
6.2.4 Funding of Integrated Service Delivery Initiatives 20
6.3 Policy Issues Concerning Pharmacare and Seniors' Health 20
6.4 Policy Issues in the Health of Rural Seniors 20
6.5 Policy Implications of the HTF Research Process 21

7. Conclusions 21

References 24

Appendix A: List of HTF Projects Relevant to Seniors' Health

1. Setting the Context

1.1 Socio-Demographic Profile

Among Canada's population of just over 30 million people, 3.7 million (approximately 12 per cent of the population) are over the age of 65. This figure is projected to rise to 5 million (14 per cent of the population) by 2011; by 2025, an estimated 18 per cent of the population will be seniors (Moore & Rosenberg, 1997). This is a considerably lower proportion than in western Europe, the United States, and Japan, as Canada has a relatively young population compared to other advanced industrialized countries.

Current life expectancy at birth in Canada is 75 years for men and 81 years for women (McPherson, 1998). This figure varies across the country, however, with individuals living in large urban areas living one year longer on average than those in smaller cities or in rural areas (Dumas and Bélanger, 1997). At age 65, life expectancy is 16 years for men and 20 years for women; at age 80, men can expect just over seven more years of life, and women just over nine (McPherson, 1998). However, among men and women of Canada's First Nations, life expectancy is seven years less than the overall Canadian average.

While an estimated 7 per cent of the population aged 65 and over lives in some form of long-term care institution (Statistics Canada, 1999), approximately 35 per cent of those aged 85 years and older are resident in long-term care. Another way of looking at these figures is to consider that fully 93 per cent of Canada's senior population live in their own homes; even after the age of 85, at any given time, fully 65 per cent of very old seniors are community-dwelling. However, these figures do vary considerably from one province and territory to another across Canada.

The number and proportion of elderly people of advanced age (75 years or older) in the population are increasing rapidly. One of the reasons for the interest in seniors' health issues at the national policy level is the concern that population aging will put pressure on health resources because of the rate at which older individuals use hospitals and other health services (Lassey, Lassey, & Jinks, 1997) . However, the issues in seniors' health and in seniors' use of health services as currently constituted are exceedingly complex.

1.2 Seniors' Health Profile

Among older people there is a wide range of individual differences in the incidence of acute and chronic illnesses, in the availability of health care, and in the reaction to declining health conditions. Some of these differences reflect former and current lifestyles as well as environmental factors (rural versus urban residence; pollution; amount of exercise; use of alcohol, tobacco, or drugs; nutrition). Others are more directly related to age cohort, to heredity, or to characteristics such as race/ethnicity, gender, education, socio-economic status, marital status, and income (McPherson, 1998).

As a result, there is wide variability in the health status of older persons. Some experience health decrements in their 60s and find themselves spending a lot of time during their later years in the health care system, while others maintain comparatively good health with high levels of physical well-being into their 80s and 90s, and die following a short final illness. In addition to varying need for services, seniors' access to health care will also differ. While many elderly people live in areas where a range of health services is available to them, others (particularly those in rural and remote regions of Canada) do not. Some of those who live in areas with a wide range of services do not access them because of their own health beliefs, their lack of familiarity with large complex bureaucracies and their inability to negotiate them, and the nature and accessibility of the services themselves. Some services

may be readily accessed through referral by a family physician; in other cases, an existing service well suited to a senior's needs may not be known, may be perceived as unavailable, or may be inaccessible for reasons as fundamental as a lack of transportation or language barriers. All these factors will determine how seniors use (or don't use) health care.

Illness in old age is more often chronic than acute. Our health care system typically focuses on short-term, acute hospital care, and it currently places comparatively little emphasis on helping seniors deal with the chronic conditions of aging, such as heart disease and hypertension, respiratory problems, and arthritis (Chappell, 1996). In addition, many seniors report the presence of more than one continuing health problem (co-morbidity), although the presence of one or more chronic conditions does not necessarily result in reduced activity or functional incapacity in the short term. It is estimated that activity limitations due to chronic health conditions are experienced by approximately 18 per cent of those aged 65 to 79, 22 per cent of those aged 80 to 84, and 40 per cent of those aged 85 years and older (Moore & Rosenberg, 1997).

Because of their chronic health conditions and co-morbidities, seniors are prescribed an array of medications. Seniors account for 12 per cent of Canada's population but consume 28 to 40 per cent of prescription drugs (Shapiro & Havens, 2000). On average seniors take between 3.2 and 4.5 prescribed medications per year, and this average increases substantially with age. However, rigorous research has shown that while age-specific use rates of pharmaceuticals in Canada have increased over the past forty years, "closer examination ...reveals that [this] trend is in large measure price inflation masquerading as increasing utilization" (Evans, McGrail, Morgan, Barer, & Hertzman, 2001, p. 167). Extensive Canadian research, particularly by Tamblyn and her colleagues (2000), has emphasized the complexity of the issue of seniors' use of pharmaceuticals. The rising costs of medications, inappropriate prescribing practices, poor adherence to treatments, and lack of effective communication between seniors and physicians or pharmacists have all been identified as factors warranting attention. Pharmaceuticals are the most rapidly rising cost within the health care system, which causes Shapiro and Havens (2000) to note that inappropriate drug use among seniors and problems with compliance, which lead to extra hospital stays and doctors' visits when patients reduce or quit taking their medication, have become important issues. The effects that drug companies' direct-to-consumer advertising have on ambulatory visit costs, on drug costs, and even on the cost of adverse drug effects remain largely unknown, despite their importance (Shapiro & Havens, 2000). This makes the use of pharmaceuticals a particularly salient issue in the context of seniors' health in Canada.

Elderly people threatened with a decline in or loss of independence need a complex combination of social and health care support provided by community-based services, hospitals, or long-term care facilities. These services are often fragmented, with little or no integration between them, with the result that each sector of the system deals with one or more, but not all, of a senior's complex health needs. The person is rarely treated "as a whole." There is considerable evidence that this results in increased use of short- and long-term hospitalizations and long-term care facilities. Not only are these the most costly resources of all, but they also represent the type of care least favoured by seniors themselves (National Advisory Council on Aging, 1989).

"Much of the policy research on health care and aging in Canada, as in most of the industrialized world, has revolved [around the question of] the extent to which elders experience more health problems and/or incur more health costs" (McDaniel & Chappell, 1999, p. 124). We know that seniors are heavy users of the

health care system in Canada (Rosenberg & James, 2000). However, the evidence does not support the popular assumption that seniors' use of health care services is inappropriate or constitutes misuse of the system. The use of such terms as "bed blockers" and the frequent allegations that problems in the health care system are due simply to the growth in the number of seniors are inappropriate and incorrect. They persist despite the well-researched and scientifically rigorous efforts by researchers in health services utilization and aging to document that it is the way in which we deliver services to older persons, and not the health concerns of elderly Canadians themselves, that is the problem (see Evans, et al., 2001; Rosenberg & James, 2000; Shapiro & Havens, 2000). The persistence of these myths associated with the aging of the population has been termed "apocalyptic demography" and has been the focus of much recent discussion and debate amongst the gerontological research community in Canada (Evans, et al., 2001; Gee & Gutman, 2000).

In the face of continued health system restructuring, health care remains focused largely on acute care issues that do not necessarily reflect seniors' characteristics, conditions, and needs. Gerontological research in Canada has consistently found that a "major shortcoming in the formal health care system is its failure to meet the needs of the chronically ill elderly" (Chappell, 1988). For many seniors the issue is not so much the presence (or absence) of one or more chronic illnesses, but rather the extent to which their ability to function is impaired. In recognizing the broad range of factors which may combine to impair or limit functioning, " a broad definition of health is called for. Such a definition would include economic, social, and psychological as well as medical aspects" (Chappell, 1988, p. 78). In this context, it is noteworthy that so many of the projects on seniors' health funded by the HTF were developed with the goal of finding ways to anticipate and respond to the complex needs of an aging population, and to coordinate and integrate the range of services that seniors receive in both community- and hospital-based settings.

No profile of seniors' health would be complete without acknowledging the especially important role of community care, a relatively neglected aspect of Canada's health care system, as fundamental to our society's ability to meet the needs of our aging population. Again, it is no accident that many of the HTF projects reflect this understanding, both in their emphasis on home- and community-based services, and on the link between hospital-based services and the services that seniors receive in their homes after they are discharged from hospital. The data presented in Section 1.1 are critical to this understanding; despite the range of chronic health conditions and functional impairments experienced by many seniors, fully 93 per cent of Canada's senior population live in "the community"; even after the age of 85, fully 65 per cent are community-dwelling at any given time, although many will experience intervals of hospitalization and institutionalization at some point before death. Reflecting this reality, the principal focus of the HTF studies of seniors' health is, as it should be, on enhancing the coordination of and communication between the range of services used by seniors living at home.

2. Overview of the HTF Studies on Seniors' Health

The Health Transition Fund supported 25 projects relating to seniors' health (see Appendix A). These projects totaled $7,357,885 in funding, and ranged from a small $35,000 study of patient and family perspectives of geriatric psychiatry outpatient consultations for elderly depressed patients (QC428) to broad overviews of

hospital and home care for elderly clients within a specified geographical region (SK124, $242,888) to extensive initiatives involving the establishment and initiation of system-wide integrated care models (QC404, $2,798,781).

These projects reflect the priority areas of study for researchers in gerontology and geriatrics in Canada (and around the world) and the trends noted by seniors' advocacy groups such as the National Advisory Council on Aging. Thus, 14 (56 per cent) of the 25 projects relating to seniors' health addressed issues of home care. This bears out the relative importance of community care in the provision of services to older persons, noted in Section 1.2. Similarly, the integration of service delivery was the focus of research in ten (40 per cent) of these projects. The emphasis was on mechanisms for reducing fragmentation and duplication of services used by seniors, and on facilitating the process of "having older individuals, their families and formal service providers work together collaboratively, or 'in partnerships' to provide care for seniors with long-term care needs" (Penning & Keating, 2000, p. 76).

Other research themes, such as the role of pharmacare in seniors' health, rural health, primary care, and mental health are also represented among these reports. However, this synthesis is organized around four principal research themes: home care, integrated service delivery, pharmacare, and rural health. While primary care issues are considered in two of these projects (in one project focused on rural health and in another focused on pharmacare), primary care is not a principal focus of research on seniors' health in and of itself; rather, it is considered to be one element of the spectrum of services to seniors in the context of a system of integrated health services. Therefore, discussion of these reports is included in the synthesis of the integrated service delivery projects. Similarly, while mental health is also considered in two reports, the focus of these studies is on integrated service delivery and thus the synthesis of these small projects is included in that research theme.

In the synthesis of these projects, common issues emerged across these four research themes. In projects focused on home care, integrated service delivery, pharmacare, and rural health, human resource concerns involving staffing, training, remuneration, and workloads repeatedly arose. So too did issues of funding, with specific reference to the costs of services provided not only by the health care system, but also by elderly persons and their families. The pivotal role of physicians as key agents in system reform was evident in projects across all four areas. The need for standardization of assessment tools and protocols was a repeated finding, whether in reference to home care, to integrated service delivery, or to pharmacare.

3. Discussion of Significant/ Relevant Findings

3.1 Home Care for Seniors

The provision of health services to seniors may be conceptualized as a "continuum of care." This continuum includes the full spectrum of services and supports that elderly people require to maintain health and enhance functional abilities, from those provided in the setting of their homes (including self-care and mutual aid,[1] health promotion, and illness and accident prevention), through to chronic and acute care, including sub-acute care and

[1] The World Health Organization (1983) defines self-care in terms of the activities that individuals, families, and communities undertake with the intention of enhancing health, preventing disease, limiting illness, and restoring health. These activities are derived from knowledge and skills from the pool of professional and lay experience, and are undertaken by people on their own behalf, either separately or in collaboration with professionals (as cited in Morrongiello & Gottlieb, 2000). Mutual aid, on the other hand, includes self-help and refers to reciprocal aid that is exchanged either among members of support groups or among individuals in informal helping relationships (Gottlieb, 2000).

rehabilitation, to palliative care. References to the "continuum of care" in the provision of health services to seniors are common in the language of gerontological research and enquiry in Canada, and its extensive consideration in the Health Transition Fund projects reflects the recognition of its importance to seniors' health.

Early home care programs tended to offer medically oriented services and to be a means of shortening hospital stays. They were not viewed as approaches to treating and maintaining people needing chronic or long-term care (typically seniors) in the community. In a review of the history of home care programs, Chappell (1988) notes that during the mid- to late-1970s, home care programs developed, and a broad definition of services also evolved. Home care came to be viewed as a service in its own right rather than as a means of shortening hospital stays. These social services, geared primarily although by no means exclusively to seniors, came to be considered as necessary additions to medical services. The need for coordination with other health services was accepted (Chappell, 1988) and is reflected in the documents of the 1974 Federal-Provincial Working Group on Home Care established by National Health and Welfare.

Today, seniors usually consider home care a necessary component within a continuum of care responsive to their health needs. In international reviews of home care, "a common theme was for services enabling the elderly to remain in their own homes for as long as possible"(Chappell, 1988). However, our formal health care system is organized around physician and institutional services rather than long-term community care, and a challenge to the provision of resources for seniors' home care in Canada is society's general acceptance of hospital and medical services as more important than community-based and supportive services. These latter services are generally viewed as add-ons to an already expensive system (Chappell, 1988).

Despite measurement variability from province to province, which reduces the comparability of the data, it is estimated that provincial expenditures on community care consume only between 2 and 5 per cent of provincial budgets (Health Canada, 1998, as cited in Shapiro & Havens, 2000). Home care is an important element of the partnership and interface between self-care, informal care, and formal care of seniors in the community.[2] In fact, there is considerable gerontological research in Canada which demonstrates that community care programs and their practitioners are "already actively working in partnership with clients and informal caregivers and that increasing the availability of formal resources does not result in the withdrawal of or reduction in self-care or in the amount of informal care rendered"(Shapiro & Havens, 2000, p. 181). Penning and Keating (2000) provide compelling evidence that informal carers (as they are described in much of the European literature) continue to be very involved in caring for seniors who need help in the community. They also show that partnerships already exist between seniors who need help and their informal helpers and formal service providers, and the provision of formal care per se does not encourage informal caregivers to withdraw or reduce their involvement. Instead, these formal services supplement and complement self-care and informal care.

The place of home care in the continuum of care for Canada's seniors is becoming increasingly important in the face of health reform. For example, "the trend toward earlier hospital discharges and the

[2] Informal care or informal support is help provided in the home or community by family, friends, neighbours, or volunteers. This kind of assistance may involve offering companionship; assisting with transportation, shopping or home maintenance; or even providing personal care (such as help with bathing or dressing) as health care needs change (McPherson, 1998). Formal support or formal care is paid care provided by trained health care and social care professionals, often following an agency assessment of care needs. Examples include the services provided by home care workers, nurses, physiotherapists, and physicians.

performance of most surgeries on an out-patient basis, is now 80 per cent in Toronto" (Deber & Williams, 1995). This leads to a need not only for home care that addresses the health issues of seniors with chronic health conditions, but also for community home care that provides post-acute care outside hospital (McDaniel & Chappell, 1999, p. 129).

One drawback to early discharge is that by the time new home care clients receive rehabilitation, they have become further debilitated and dependent on the care. It is difficult and expensive for the rehabilitation therapists and the clients to change dependent behaviours. Current rehabilitation services tend to be reactive, with emphasis on treatment of the most evident and pressing problem, rather than proactive and emphasizing long-term changes in health behaviours. However, if rehabilitation goals are set at the time of referral to home care services, clients are more likely to re-establish their independence and less likely to need ongoing services.

This point was illustrated by *The Effects and Expense of an Early Health Promotion/Rehabilitation Intervention in an Elderly Home Care Population* (NA1007), which implemented and evaluated the effectiveness and efficiency of an early, individualized health promotion/rehabilitation intervention by occupational therapists (OTs) and physiotherapists (PTs) for clients who were discharged from an acute care facility and were referred to home care services including homemaking and/or nursing. Therapists promoted behaviours and environmental adaptations that optimized their clients' functional abilities and autonomy. Preliminary analyses of data on 160 of the 201 study participants show that the rehabilitation services have improved clients' functional abilities in daily activities (as measured by the Philadelphia Geriatric Centre Instrumental Activities of Daily Living Scale) compared to the control group, and early results provide support for the benefit of early rehabilitation intervention for older adults. However, these findings could change when the final results are known, based on all study participants.

Much of the research in gerontology and geriatrics reflects the belief amongst clinicians, researchers, and elderly people themselves that the physical declines associated with aging are best dealt with through community services that support independent living, mutual aid or self-help, and health promotion. Several projects supported by the HTF focused on ways to improve the delivery of specific types of services along the continuum of care; at least three of these focused specifically on home care, particularly on the way in which home support workers (HSWs) are assigned to cases and paid for their case assignments.

Cluster Care Pilot Program (BC122) tested a team-based, flex-time approach to home support services for seniors, an alternative to conventional one-to-one case assignments and fixed period visits. The pilot program allocated home support services so that teams of HSWs rather than individual workers served "clusters" of clients residing in high-density seniors housing complexes. The purpose was to ascertain if shorter, more frequent visits would translate into better care and more efficient services and encourage client independence. There were weekly team meetings where cases were reviewed, unstable situations discussed, and active problem-solving and care planning undertaken. The study found that the cluster care approach suited most clients well and was particularly appropriate for those living in high-density residential buildings and receiving a large number of home support hours. A slight increase in costs was offset by high levels of satisfaction for clients, informal caregivers, and formal care providers, as well as the clients' belief that services were accessible (as care providers were visible within the building and clients knew how to reach them when needed) and responsive to their needs (at-risk clients could be monitored more closely with frequent visits, which allowed them to remain at home). The success of this project suggests it could be used in high-density

housing units across the country. These findings are especially relevant in the context of the analysis of administrative data in *An Exploratory Study of the Impact of Home Care on Elderly Clients Over Time* (SK101). This project emphasized the potentially important role of seniors' housing in the continuum of care, although the findings are most valuable in suggesting key issues for further research.

Further insight into alternative ways of funding HSWs and integrating home support services into the broader continuum of care is gained from *Frail Seniors Service Delivery Model Evaluation* (BC123), a six-month experiment with integrated home care to 30 frail seniors. These people received ongoing attention from a project care coordinator with a nursing background and significantly restricted caseload (maximum of 25 very frail elders, where the normal caseload is 150 to 200), as well as having the consistent services of a salaried home support worker whose hours were flexible in response to the evolving needs of each client. Participants also had access to rehabilitation services in excess of the norm, an adult day program (although it was not well used), recreation therapy, and mental health and geriatric outreach teams. Each participant's case was discussed at regular bi-weekly interdisciplinary team conferences, and the salaried home support worker participated as a member of the team.

BC123 showed that the employment of HSWs on salary rather than by the hour gave HSWs more flexibility to base the length of a visit on the client's evolving needs and also gave them more time to participate in case conferences and to interact directly with the clinical staff. Further, the study demonstrated that this kind of funding arrangement, which is typically associated with lower levels of staff turnover, helps to retain HSWs. It is well known that seniors prefer continuity in the form of a familiar service provider rather than a steady stream of new faces, and this was likely especially critical in the context of BC123, as 56 per cent of the seniors in the treatment group had no informal caregiver available. Over a six-month period, the total cost of services for the treatment group was $7,367 per client, compared to $11,279 per client for a comparison group, with no significant differences in health outcomes of clients and caregivers in the two groups. Treatment group clients spent a significantly higher number of days living at home, and were more likely to access community organizations and recreation programs than were the comparison group.

The conclusions of the *Enhanced Case Management Project* (BC124) similarly reinforce the need for a strengthened case management approach and the need for continuity of HSWs. Education and guided practice sessions amongst case managers, home support supervisors, and home support workers in a rural area led to more referrals to community support agencies with an anticipated reduction in dementia-related hospital admissions and in the number of medical and family crises experienced by those caring for someone with dementia.

Many of the home care studies addressed human resources issues. Findings in this area will be summarized in Section 4.0, *but Impact of the Single-Window Approach in CLSCs: Use of Services, Costs and Experience of Workers* (QC101) showed that human resource issues were especially relevant when assessing the success of integration of services along the continuum of care, and it will be discussed here. QC101 was designed to describe and evaluate the impact (on structure and organization of workload and service allocation) and the implementation of a single point of entry system to maintaining aging clients in their homes. Single point of entry had been mandated for local community health centres (known by their French acronym CLSCs, for *centres locaux des services communautaires*) in Montréal in late 1996. Interviews with 93 case managers and a review of 685 patient charts revealed that the single point of entry system was criticized by practitioners because

it increased their workload, giving them more tasks to do, more clients to serve, new mandates to meet, new formalities to follow, and shorter time lines in which to complete these tasks. Nursing staff were particularly distressed by physicians' lack of interest in the single entry system and their unwillingness to supply needed information. The success of new integrated modes for delivering services to seniors clearly hinges on the co-operation of health care professionals in meeting goals and not being unduly burdened in the process.

While health services delivered in the home by community-based workers were the focus of the HTF studies on seniors' health, studies of issues in health services delivery at other points in the continuum of care were also completed. *Hospital and Home Care for the Elderly Client in Saskatoon* (SK124) followed the admissions of 967 patients, 75 years and over, to three Saskatoon hospitals over a nine-month period. The study provides a comprehensive view of the progress of elderly patients through a city hospital system to home care placement and is especially informative about the number of ALC days (11.8 per cent) for seniors. These are days that seniors remained in acute care hospital beds when an alternate level of care (ALC) – typically home care – would have been appropriate. Those with cognitive impairment had significantly more ALC days than those without. The relationship between inappropriate use of hospital days, the role of discharge planning, and access to home support services was especially emphasized in the findings of this study. For example, seniors who were female, over the age of 80, and who had cognitive impairment, baseline disability scores, and home care previous to hospital admission had significantly more ALC days than other patients. As the study notes, if these characteristics are assessed and recognized at the time of admission, appropriate discharge plans can be implemented more effectively and appropriate referrals for home care acted upon.

Another valuable aspect of this study was its inclusion of data on the costs of the post-acute hospital care not only to the health care system, but also to patients and family. The roles of seniors and their families as partners in the continuum of care has been noted; this study, however, was one of the few to recognize and assess the implications of ALC days and discharge without appropriate access to home support services as issues not only for patients but for families as well.

Overall, the 14 projects that examined issues of home care services and seniors' health identified a range of issues, including the orientation, structure, and organization of services; the funding of home care services; staffing and training in home care; the unique characteristics of seniors as clients of home care services; and the resources necessary to enhance the delivery of home care services to seniors. The policy implications of each of these will be discussed in Section 6.1.

3.2 Integrated Service Delivery

Integrated service delivery, single points of access, and seamless, coordinated transition along the continuum of care are all considered to be vital elements in the delivery of a host of services designed to meet seniors' health needs. Two goals of the current health reform agenda in Canada are the reduction of duplication and fragmentation of services (McWilliam, Diehl-Jones, Jutai, & Tadrassi, 2000). The proliferation of individual preventive, health promotion, and other programs makes it difficult for seniors to know which program to access and which program would best serve their needs.

Specific examples of this confusion and the associated lack of efficient and effective use of services are conveyed in HTF reports. The research projects addressing issues of integrated service delivery had as their goal the elimination or reduction of fragmentation and, in some cases, of service duplication. This was achieved by developing and evaluating

mechanisms that bring together the people providing services to an elderly person. This integration might be as focused as the communication between a physician and a pharmacist (ON221), between a mental health professional and a home support worker (PE121), or between various health professionals and discharge planners linked to the emergency department (QC429).

Other projects focused on integrated service delivery at particular junctures, as at the point of discharge from hospital or from the emergency department or in relation to receipt of home care services. The critical interface between the hospital and the home at the time of discharge was a particular focus of research. For example, *Impact of an Emergency Room Discharge Coordinator on the Successful Discharge of Elderly Patients* (QC429) created the position of nurse discharge coordinator to coordinate the discharge of elderly patients from the emergency department either to their own homes or to seniors' residences. This study involved a specialized nurse intervention model with high-risk patients. Seniors are typically discharged with complex treatment plans and new or changed prescriptions; usually discharge is the responsibility of the acute care emergency department (ED) team and involves no follow-up to assess how the community-based treatment is proceeding or what problems may be emerging. In this project, the nurse discharge coordinator kept in contact following discharge, and there was a dedicated phone line that allowed patients to contact the nurse directly to speak about concerns in the week following discharge. The position was shared by a team of three nurses, so the discharge coordinator was available in the evenings and on the weekends. The report described these nurse discharge coordinators as "the constant that followed the patient from admission to discharge."

There were significant differences in the number of unscheduled return visits to the hospital, which decreased by 27 per cent at one week following discharge, with a 19 per cent reduction at two weeks. Patient compliance with new medications and patient well-being were higher at the end of one week for those maintaining contact with the discharge coordinator. These differences were found despite more frailty among the seniors in the intervention group. Higher levels of satisfaction among these depressed and very sick patients suggest the positive impact of more attention provided by the discharge nurse. The study also found some evidence that physicians were willing to discharge elderly patients more quickly if they knew that the nurse would follow up within 24 hours. Overall, this study demonstrates the value of ongoing communication between health care professionals and seniors in the transition from acute care to home care, both for seniors, in terms of their well-being, and also for the system in terms of the prevention of return visits to hospital. This study identified the following factors as fundamental aspects of successful discharge planning in the transition from hospital to home: taking adequate time to assess and address the needs of the patient/ family unit; building close and trusting ties with community agencies; and giving patients the ability to phone to discuss problems or concerns.

Intervention at point of discharge may not always reduce the rate of return visits to the ED, although other beneficial outcomes can be demonstrated. *Outcomes Screening and Intervention* (QC405) was based on the perception that seniors who visit the ED are at high risk of functional decline and other adverse outcomes. There are many documented deficiencies in ED care of this high-risk population, including failure to recognize problems that could benefit from more careful assessment (either in the ED or another setting), failure to refer to appropriate community services, and failure to communicate to the primary physician in a timely fashion the problems identified and interventions implemented at the ED visit. The purpose of QC405 was to determine whether a brief two-stage nursing ED intervention

that attempts to correct these problems would improve the continuity of care of seniors from the ED to the community and prevent some of the adverse outcomes that follow an ED visit. The two-stage intervention consisted of the following steps. First, a previously developed and tested screening tool was administered to ED patients, aged 65 and over, who were expected to be released from the ED. Those at increased risk were referred to an intervention nurse. Then the same patients underwent a brief, standardized, geriatric nursing assessment. After completing the assessment, the intervention nurses consulted with hospital ED and geriatric staff and made referrals, as needed, to community support agencies, the primary physician, the geriatric outpatient clinic, or other community services.

In comparison with QC429, which had a shorter time frame and outcomes focused more on seniors' satisfaction and well-being, compliance with medications, and rate of return visits to the ED, QC405 had a longer time frame in which to assess outcome. The intervention significantly reduced the rate of functional decline during the four months after the ED visit. This beneficial outcome was associated with three improvements in the care of patients. First, there was systematic detection in the ED of problems that may lead to functional decline, and systematic transfer of this information to the primary physician, which led to a more appropriate or focused approach. Second, there was more rapid contact with the primary physician, especially for patients with an ongoing relationship with this physician. Third, there was earlier provision of home care services, particularly for patients not previously known to the local community health centre. The intervention produced no increase in overall societal costs, considering public and private costs incurred either at the ED visit or during the four months after.

While these projects focused on the role of health personnel at discharge and on the interface between hospital and home, some HTF studies focused on other methods of coordination. In some cases the mechanism developed for addressing fragmentation and duplication was as deceptively simple as the development of a standardized assessment tool (NA122) or other similar communications device (SK424). *Safety of Persons Suffering From Dementia and Living at Home* (NA122) developed and validated a tool, the Safety Assessment Scale (SAS), to collect clinical data useful to the case management of elderly patients with dementia. It was developed as a questionnaire addressed to health care practitioners and was designed to identify and quantify potential behavioural risks for these patients. While the validity and reliability of the tool were established, the assessment of the utility and practicality of the tool proved problematic. Very low compliance among health care professionals in completing the instrument reflected the inherent problems in coordination activities when staff are simply asked to increase their work loads and to take on additional tasks. Initiatives such as QC429 and QC405, which strategically provide for additional staff with specified responsibilities, are more successful than those targeted to all staff without evidence of expected benefit.

Other studies focused on integration of services to seniors around specific substantive and treatment issues, such as *Integrated Mental Health Response* (PE121) or *Geriatric Psychiatry Outpatient Consultation* (QC428). QC428 focused on the evaluation of psychiatric consultation involving seniors who have been referred for depression or other common psychogeriatric complaints such as anxiety or cognitive deficits. The goal of the project was to examine the consultation process from the perspectives of the patient and family, the referring physician, and the psychiatric consultant. The results, based on data from 149 elderly patients, emphasize the many obstacles that impede the overall process: unclear

patient expectations; low concordance between referring and consulting physicians about the reason for referral; and difficulty in completing follow-up with the referring physicians (60 of 141 follow-ups were never completed by physicians). This study concludes that the nature of the communication (or lack thereof) between health care professionals is fundamental to success or failure in achieving the goal of adequate and appropriate mental health care. Human resource issues also limit satisfaction for patients: the lack of depth in their relationship with the psychiatric consultant and the short time for consultation were particularly important factors.

Some of the largest studies supported by the HTF took a system-wide approach to the study of integration of services. These studies developed and/or evaluated a range of services within a specific region (QC403 and QC123) or, more comprehensively, the full spectrum of service delivery and related funding arrangements within and across one or more health authorities or regions. For example, the SIPA project's (QC404) ambitious objective was to develop and test a complex, system-wide integrated service delivery model for an entire geographical area and was atypical in that it addressed issues of integrated financing arrangements (which themselves are frequently a barrier to integrated service delivery). Each project was based on the recognition of a problem of integration and interface between the host of services used by seniors along the continuum of care.

Geronto-Geriatric Services Coordination Mechanism of the Bois-Francs Region (QC403) implemented a service coordination mechanism that integrated the whole range of geronto-geriatric services in the region, from health promotion and illness prevention to diagnosis, treatment, rehabilitation, home support, lodging, and palliative care. Existing methods of remuneration and existing organizational structures (where administrative, legal, and financial systems are organized on the basis of separate jurisdictions) were retained. The project was designed to determine the impact of this coordination model on elderly persons experiencing loss of autonomy and on their support network up to 36 months after the implementation of the project; to track the impact of the model on the use of health services and social services; and to document the principal functions of a service coordination mechanism. Unlike most HTF projects, which had a six-month to one-year observation period for pilot projects, this study covered a three-year period and involved a quasi-experimental design, with measures taken prior to implementation of the model and at one, two, and three years thereafter in the region and in a control area which was not part of the pilot project. The sample included 976 clients who had an active case manager assigned to them at the time of data collection.

The results suggest that the implementation of the service coordination mechanism was associated with some modest observable outcomes, such as a decrease in institutionalization and in waiting lists; no effect on the mortality rate; a decrease of burden on support persons; better perceived services; and improvement in global satisfaction at test intervals.

The companion study, *Development and Implementation of a Cost System for Home Care and Home Services in Connection with the Demonstration Project for an Integrated Services Network in the Bois-Francs* (QC123), addressed the question of cost of the new integrated model of health care delivery. The project examined the complexity of determining what it actually costs to provide care to an individual who receives treatment and services from many sources. These findings are relevant for other projects as well, such as QC429, which could not estimate relative costs because of the way the data were collected. QC123 developed and analyzed a system of cost analysis to evaluate the results of coordinating services to frail elderly persons. A comprehensive list of costs were calculated, including costs of the geriatric short-term stay unit, intensive

care, nursing care, surgery, day surgery, long-term care, day hospitals services, day centres, medical services, prescription costs, home care services, and private costs relating to home care services. Costs were compared for 272 people in the experimental group in the region and 210 in a control group in a region rigorously matched in characteristics. QC123 concluded that the coordination of services is economically viable and brings significant benefits to patients. The study found that some costs were higher in the control group, while others were higher in the intervention group. One caveat, which is important in the context of the partnership between informal and formal care providers in the continuum of care to seniors, is that information as to home care costs assumed by seniors and their families was not available at the time the report on QC123 was written.

The demonstration project *Un Système de services Intégrés pour Personnnes Âgées en perte d'autonomie* (QC404), known by its French acronym SIPA, was the most comprehensive, ambitious, and complex of the research projects relating to integrated service delivery. It was designed to test the feasibility and cost effectiveness of an integrated model of organizing, financing, and delivering services for frail elderly persons. Two local health authorities or districts (CLSCs) in Montréal implemented the system with the involvement of interdisciplinary teams that coordinated all medical and social services, both primary and secondary, including health promotion, rehabilitation services, and supply of medications and technical aids. Elderly people suffering from functional impairment were recruited and randomly assigned to one of two groups, one receiving the SIPA services and the other (a control group) receiving the regular CLSC program. The project involved a 24-hour-a-day, 7-days-a-week on-call service that could deliver a combination of social and health care services whatever the location; collaboration and coordination between institutions; development of partnerships between physicians and institutions; an increased budget for community intervention; and promotion within the SIPA team of a broad financial perspective to consider the cost of all social and health care services, whatever the institution or setting involved.

The findings indicate that patients and caregivers in the SIPA group perceive a higher quality of services and a greater sense of security than do those in the control group. The speed of response in emergency situations, the prompt follow-up, the 24-hour on-call service, and the ability to have clinical procedures (i.e., blood samples, blood pressure, etc.) done in their own home are all service elements especially valuable to an at-risk population of seniors.

Among the SIPA group there was significantly lower use of hospital resources (fewer people were awaiting short-term hospitalization and the length of stay in emergency departments was shorter) and less likelihood of being institutionalized during the demonstration project period. Nevertheless, at the time the report was written, overall costs of care were slightly higher for the SIPA group; during the time interval of the study, the reduced use of hospital services was not enough to compensate for the increased use of community services. (This finding contrasts with that of BC123, a smaller, more targeted study in a community with a different socio-demographic profile, which was able to demonstrate shorter-term cost savings). However, as the SIPA report suggests, this finding may change as the cost of long-term care is factored in over a longer period of time (extending beyond the study period). Despite the fact that some of the outcomes of this rigorous, complex project are as yet unknown, the substitution of community services for institutional services does appear both economically viable and appropriate to meeting seniors' needs. The success of SIPA has resulted in the receipt of funding from other sources to continue beyond the end of the HTF support, and the Montréal regional health board has recently decided to begin implementing networks of integrated services for the frail elderly population, based on the SIPA model.

As valuable as the outcome data from the SIPA project are the lessons learned about the process of implementing a system-wide integrated care model within, essentially, two health authorities in a large metropolitan area. Even though two years had gone into planning the initiative before the funding was obtained, and although planning continued for well over a year before the project became operational, many difficulties and delays plagued implementation. The report contributes to the process of health reform in Canada by identifying obstacles to effective management of the project, particularly the difficulty integrating physicians in private practice to the SIPA teams (although many were gradually integrated in the process) and the rigid provincial or local collective labour agreements that complicated the recruitment process to the clinical SIPA teams. The instability of human resources, discussed more fully in Section 4, was a factor here.

In various studies conducted for the HTF, the issue of tools for clinical assessment and administrative follow-up were an issue, and SIPA is no exception. The tools created specifically for SIPA include inter-disciplinary intervention protocols, a guide for contacting private practice doctors, a grid for integrated intervention plans and integrated service plans, and a tool to monitor case discussions and processes of critical services management.

Together, the 10 projects that examined integrated service delivery for seniors identified a range of issues, including the roles of health care personnel in integrated service delivery systems, the role of physicians as key agents in system reform, the resources needed to enhance the integration of service delivery, and the funding of integrated service delivery initiatives. The policy implications of each of these will be discussed in Section 6.2.

3.3 Pharmaceutical Use Among Seniors

There are four principal issues of relevance to seniors' use of pharmaceuticals: prescribing practices; use of and compliance with drug treatment regimens; drug interaction problems; and costs. Substantial improvements in the use of prescription drugs would enhance the benefits of therapy and minimize adverse effects, particularly for seniors. As Tamblyn and Perrault (2000) have noted, increasing expenditures for prescription drugs have placed seniors in the spotlight of health reforms because they are heavy users of prescription drugs. A variety of problems has been documented, including the overuse and underuse of drug therapy, prescribing errors, treatment non-compliance, and cost-ineffective prescribing.

Tamblyn and Perrault (2000) recommend an integration of key policies and interventions into a comprehensive solution for optimal drug use. Recommendations specifically relevant to seniors' health include regulations requiring adequate drug testing in seniors for drug approval and a Consumer Health Institute to provide a central objective resource for patient information and decision support systems. While HTF projects did not deal with these particular issues, they did focus on issues of prescribing practices, compliance with drug treatment regimens, and mechanisms for minimizing drug interaction problems.

Interprovincial Comparison of Medication Use in Pharmacare: Anti-Infective Drugs in Seniors and the General Population (NA228) used the World Health Organization drug classification system and the defined daily dose (DDD) to compare the use of anti-infective drugs in Nova Scotia, Manitoba, and Saskatchewan. The project found considerable interprovincial variation in prescribing practices for these medications and was able to determine where the majority of drugs are prescribed (through home, long-term,

hospital, or primary care). Given that other HTF studies of seniors' health noted the complications of hospital discharge in relation to the changes in medication use that often accompany discharge, these findings are potentially of import in monitoring the change in use of drugs from hospitals to primary care or home care. Researchers such as Evans, et al. (2001) have analyzed the rising costs of highly expensive drugs that provide relatively low value for money (or provide no more benefit – and sometimes less – than less expensive medications). The DDD system enables researchers to evaluate such trends and provides empirical evidence for best practice.

The issue of the seniors' drug costs was the focus of *Do Drug Plans Matter? Effects of Drug Plan Eligibility on Drug Utilization Among the Elderly, Social Assistance Recipients, and the General Population* (NA227), which used data from two population health surveys in ten provinces to predict the influence a national pharmacare program would have on the use of prescription drugs, physician services, and the health status of Canadians. The project identified variations in the extent of prescription drug coverage among the general population and differences in how provinces share costs with seniors and social assistance recipients. The study found that variations in the extent of drug coverage do not appear to affect drug-use patterns among most Canadians; however, a striking finding in terms of seniors' health was the wide provincial variation in the amounts that seniors are charged in co-payment arrangements for drug coverage. Based on data from the 1997-1998 National Population Health Survey, the mean marginal drug costs for seniors ranged from a low of $4.50 and $4.65 in Ontario and Quebec, respectively, to a high of $25.56 and $26.62 in Manitoba and Saskatchewan, respectively. The costs in these two provinces are close to double that in Prince Edward Island, the province with the next highest mean cost.

Some research suggests that drug interaction problems account for 10 to 31 per cent of hospital admissions. *Randomized Trial Evaluating Expanded Role of Pharmacists in Seniors Covered by a Provincial Drug Plan in Ontario – Seniors Medication Assessment Research Trial* (SMART) (ON221) was designed to address the issue of drug interaction problems amongst seniors. It involved 889 senior patients, each using five or more medications. Fully 88 per cent of the patients were found to have at least one drug-related problem, most typically requiring a drug for an indication and not receiving one. Pharmacists had access to the patient's full medication profile through access to their charts in the physician's office and through interviews with the seniors themselves. Physicians agreed to implement 84 per cent of the recommendations they received from the pharmacists, and within five months, 57 per cent of those changes had been implemented successfully. The qualitative interviews confirmed that physicians appreciated having a support system to balance complex drug regimens required for maintaining the functional health status of older patients with multiple morbidities. This pilot project improved collaboration between two health care providers (family physicians and pharmacists) who have traditionally worked in isolation.

The six HTF projects examining the relationship between seniors' health and pharmaceuticals identified a range of issues that apply to the population as a whole rather than specifically to seniors' health. These include the need for drug classification systems, training of physicians, and collaboration among health care professionals. The policy implications of each of these issues will be discussed in Section 6.3.

3.4 Seniors' Health in Rural Contexts

There is a limited body of knowledge in gerontology in Canada about the circumstances of seniors in rural areas – their concentration and congregation (Joseph and Martin Matthews, 1994) and patterns of access to services (Keating, 1991). In many rural areas of Canada, seniors are highly concentrated, so that in some communities, especially small towns of between 1,000 and 2,500 persons, as much as 25 per cent of the population is over the age of 65. This poses particular challenges to the delivery of appropriate services, especially in areas where harsh winter conditions and limited access to transportation are factors. Shapiro and Havens (2000, p. 179) note the need for protection of the health care needs of seniors, especially those not within easy reach of urban centres. There is also literature that indicates vast rural regions in the northern and central parts of the country have difficulty attracting sufficient providers to adequately provide ambulatory care and operate hospitals (Lassey, Lassey, & Jinks, 1997).

In contrast to the complexities of projects designed to link the many services in urban areas, both HTF projects on rural seniors targeted specific types of services, one involving rehabilitation and the other palliation. *Enhanced Rural Rehabilitation* (SK326) set out to improve rehabilitation services in the rural Assiniboine Health District by using three full-time physiotherapy assistants to work along with two full-time physiotherapists. Both the number of patients receiving treatment and the frequency of treatments increased, while the length of time patients spent in hospital decreased. However, patients waited longer for physiotherapy services, a finding in direct contrast to the expected results. This was attributed to an increased number of physician referrals, likely due to their perception that more patients would be treated because of the increase in physiotherapy staff.

An Evaluation of Lakeland Regional Health Authority Integrated Community-Based Palliative Care Program (AB301-17), which evaluated a pilot project based in a rural area of east-central Alberta, resulted in the development of a set of regional policies and practice guidelines for the delivery of palliative care services, development of a regional service delivery model, and establishment of palliative care consultation teams. The percentage of in-home deaths in the pilot area increased from about 8 per cent before the program started to almost 30 per cent during and after the program.

Both of these projects illustrate the impact of even modest increments in availability of services in areas which are largely service poor and especially lacking in specialized health services such as rehabilitation and palliation. They also point to the important role of para-professionals and specially trained community volunteers in supplementing the complement of health care professionals in rural and remote communities. Rather than trying to replicate urban-based staffing profiles and ratios in the context of remote and rural communities, the alternative approaches demonstrated in these projects represent important initiatives. Given that rural health has been identified as a key priority of the Government of Canada's Rural Action Plan (April 2001), the health of rural seniors and the sustainability of the rural and remote communities in which they live have highly relevant policy implications, which are broadly addressed in Section 6.4.

4. Health Human Resources Implications in Seniors' Health

Health human resource issues pervaded the findings of HTF projects on seniors' health. From the most focused and targeted initiatives within a single service sector to the more elaborate and complex pilot projects and evaluations of broad inter-sectoral and integrative initiatives, researchers consistently noted the importance of health care workers in effecting outcomes. For the most part, these studies convey an impression of personnel working at the limits of their capacity, with evidence of high rates of staff turnover, stress, burnout, and general willingness but ultimate inability to participate in endeavours that increase the work demands already on them. Pilot projects were most successful when they altered the pattern of working arrangements in a substantial and not merely additive way (BC 122) or provided personnel with new job responsibilities, such as developing a position that was not there before (QC404 and QC429). However, even in these cases, success of the initiative often hinged on the pattern of communication between health care professionals in different sectors and on the clarification of roles and responsibilities.

Prominent among health human resources issues was workload. It is noteworthy that two of the studies that implemented system-wide initiatives both included caseload reduction as part of the strategy. In SIPA (QC404), case managers were responsible for 35 to 45 patients, a significant reduction from their normal load, while in BC123, case managers were assigned a maximum of 25 very frail elders, where the normal caseload is 150 to 200.

Some studies revealed workload problems. In *Impact of the single-window approach in CLSCs: Use of services, costs and experience of workers* (QC101), the single point of entry system for integrated services was criticized by practitioners because it increased their workload, giving them more tasks to do, more clients to serve, new mandates to meet, new formalities to follow, and shorter time lines in which to complete these tasks. Nursing staff were particularly distressed by physicians' lack of interest in the single entry system and their unwillingness to supply needed information. The success of new integrated modes of delivery of services to seniors clearly hinges on the cooperation of health care professionals in meeting goals and not being unduly burdened in the process. *Geronto-Geriatric Services Coordination Mechanism of the Bois-Francs Region* (QC403) illustrated how stakeholders' attitudes and resistance to change acted as barriers to coordination and to the implementation of a project. The SIPA report (QC404) recommended better definition of the roles and responsibilities of the attending physician in his or her connection with the case manager and the inter-disciplinary team to address some of these problems.

Other human resource issues emerged in the areas of staffing, scheduling, payment systems, and turnover. The HTF studies noted the role of union regulations and their place in the process of system reform; the instability of human resources in terms of staff turnover and burnout; and the distribution and nature of workload. On the service side, when large numbers of providers are connected to some cases it can make it difficult to "keep everyone in the loop" both in terms of staying informed and having input. This problem is compounded by frequent staff turnover.

While these health human resource issues have general relevance to the population, they are especially important when workers are providing services to seniors, especially the more frail and confused. The potential benefits of the most integrated system of health care delivery are seriously challenged when seniors are faced with a parade of ever-changing providers of those services – new faces, new names, new personalities and work styles to deal with –

especially when these personnel are providing the most intimate personal care within the most private of spheres, one's own home.

A related human resource issue, but also one with cross-sectoral implications, is the need, demonstrated in so many of these studies, for standardization of assessment tools across services and agencies, and the imperative for integration of information systems within jurisdictions if integration is to work on any level.

The resources and training provided to personnel are also important; for example, the appropriate training of staff in the use of complex assessment tools was key to many studies. Further, much of the success of QC429 was contingent upon the integration of the emergency room discharge coordinator into the emergency department team (the same holds true for BC124), and facilitating his or her communication with community agencies by providing a dedicated workplace, phone, computer, and access to appropriate risk assessment tools.

In addition, the role and function of case management in home care services for seniors emerged as a particular concern in these studies. The necessity to define roles and responsibilities, especially for such key players in integrated services as case managers and attending physicians, was especially evident in pilot and demonstration projects designed to implement and assess new and integrated service delivery models.

The role of the family physician was the most prominent of the health human resource issues. This person is so pivotal a link between seniors and the plethora of community- and hospital-based services that his or her willingness to become involved in and remain involved in projects was often the key to their feasibility and outcome. Even complex, system-wide initiatives like SIPA were very much influenced by their ability to involve seniors' family physicians in the initiative. SIPA's companion studies QC403 and QC123 also noted that the presence, participation, and continuity of follow-up of the family physicians was an essential condition for the success of the new model being implemented and tested. Targeted studies of services, such as QC428, which focused on the process by which family physicians referred seniors to specialist (geriatric psychiatry) services, also found the underlying problem to be the unavailability of geriatric psychiatrists and, when they are available, the lack of communication between family physicians and these specialists.

5. Cross-Sectoral Implications in Seniors' Health

While the health human service implications loomed large in these studies, the potential cross-sectoral implications were less prominent. Only one study, *Cluster Care Pilot Program* (BC122), acknowledged the importance of housing and environmental issues in the delivery of home care services to seniors. Specifically, the design of the house and density and location of the residential environment were deemed important in relation to the organization, structure, and financing of home care services to elderly persons. *An Exploratory Study of the Impact of Home Care on Elderly Clients Over Time* (SK101) also considered the role of seniors housing in the continuum of care to elderly persons and suggested that such housing could potentially play an important prophylactic role in delaying the onset of health decrements or minimizing their implications. This is an issue warranting further research.

One other consistently noted issue in these projects was the lack of computerized access systems in many jurisdictions. In some cases, this lack was apparent between departments within the same institutional setting, with the result that researchers did not have

access to information on admissions until the day after admission. In other cases, patients transferred between hospital sites were difficult to track and sometimes mistakenly marked as discharged even though they were still receiving acute care (QC405). *Geronto-Geriatric Services Coordination Mechanism of the Bois-Francs Region* (QC403) similarly concluded that a computerized system adapted to the needs of the milieu and permitting the exchange of clinical information in real time between case managers in different disciplines and facilities would greatly assist the integration of care services.

Given the lack of standardized information-processing systems not only within specific sites and jurisdictions, but also across jurisdictions within single health authorities, the prospect of mounting national initiatives seems infeasible without significant attention to technology transfer issues. For example, *Inter-provincial Comparison of Medication Use in Pharmacare* (NA228) found that in order for a national initiative to be operational, "ideally, the Pharmacare programs would operate on compatible software programs and use similar classification systems in order to make comparisons easier." Given the number of times HTF studies reported problems integrating service delivery to seniors across jurisdictions within one health authority in a city or region, it is obvious standardization is vitally important for the success of national ventures.

6. Implications for Policy and Practice in Seniors' Health

6.1 Policy Issues Involving Home Care For Seniors

6.1.1 Orientation, Structure and Organization of Services

There must be recognition of the two functions of home care for seniors: its role in sub-acute post-hospital care, and its role in the management of elderly persons' chronic care needs. One study introduces as well the role of preventive home care for seniors.

- There is great need for sub-acute or convalescent care for seniors as they make the transition from hospital care to home care.
- The maintenance and restoration of functional capacity must be recognized as a valuable, desirable, and achievable goal in seniors' health, and rehabilitation services must be included within home care.
- Policies to embrace a rehabilitative focus for patients newly discharged from acute care can be easily implemented and cost-effective and can involve reorienting resources rather than deploying new resources in support of home care services to seniors.
- The critical juncture between hospital and home care is often unrecognized. With the expertise of trained and dedicated staff, and facilitation of communication, this transition can be optimized to the benefit of seniors' health.

6.1.2 Funding of Home Care Services

- The ways in which services are funded need to be changed so that, where appropriate, alternatives to case-based funding can be implemented. For example, in some cases funding of services to a "cluster" of clients is both more appropriate and cost-effective.

- Policies directed at cost issues must be based on data that include not only the costs of services provided by the health care system but also by elderly patients and their families.
- Employing home support workers (HSWs) on salary rather than by the hour gives them more flexibility to base the length of a visit on the client's evolving needs and more time to participate in case conferences and to interact directly with the clinical staff. Continuity in HSW case assignments is enhanced by such arrangements.

6.1.3 Staffing and Training in Home Care

- Staff training in the use of complex assessment tools is key to issues involving seniors' health.
- Continuity of services to seniors must be a priority in the provision of home care services.

6.1.4 Seniors as Clients of Home Care Services

- The key characteristics of elderly patients that make them at high risk for revisits to hospital are known and can be acted upon, for example, to link this population to appropriate community-based (home care) and supportive services prior to discharge.
- The referral system for home care should have the capacity and mandate to routinely screen all those at risk for unnecessarily long hospitalizations in order to facilitate home care.
- For seniors, especially those with health concerns involving confusion and cognitive impairments, consistency of personnel providing in-home and personal care services must be a priority.

6.1.5 Resources to Enhance the Delivery of Home Care Services to Seniors

- Systematized information systems are required to track seniors transferred from home to hospital and back.

6.2 Policy Issues in Integrated Service Delivery for Seniors

Underlining all of the following policy recommendations is the recognition, noted in several studies of seniors' health, that elderly people admitted to hospital are in poor health and require hospital services. The health care system as currently structured takes in very sick people, deals with the admitting problem, and discharges them; however, the underlying health problems often remain. The system has only minimally improved the overall health of the senior population. As the report of SK124 notes, "The lesson from this is that although our system is dealing with the immediate problems of the elderly, it is only doing that. We are not affecting their baseline health status, which is poor."

6.2.1 The Roles of Health Care Personnel in Integrated Service Delivery for Seniors

- Recognize human resource concerns in the process of implementing service integration.
- Consider issues surrounding the distribution and nature of workload in order to define roles and responsibilities.
- Minimize role ambiguity of service providers in related jurisdictions.
- Ensure the roles and duties of all health service providers are well-defined as they relate to screening protocols. These protocols must be developed, agreed upon, and implemented.
- Foster organizational commitment to integration of service delivery.
- Service providers must feel that they are included in the process of designing and implementing programs that affect their daily work functions.
- Staff in acute care facilities must be provided with further education regarding the availability of community resources.

6.2.2 The Role of Physicians as Key Agents in System Reform

- Physicians must be included as active players in system reform.
- Physicians will require training in order to shift their focus from the primacy of the acute care sector to recognize the role and place of community care services.
- More training for physicians in geriatric issues will enhance communication between referring physicians and mental health patients so that elderly patients better understand the purpose of their referral for psycho-geriatric assessment.
- Physicians need more support and education regarding community care options; this will help make physicians more comfortable with transferring care to another service provider.

6.2.3 Resources to Enhance the Integration of Service Delivery for Seniors

- There must be standardized assessment tools across services and agencies and integration of information systems within jurisdictions if integration is to work on any level.
- Computerized information systems must be adapted to the needs of the milieu and permit the exchange of clinical information in real time between case managers in different disciplines and facilities.

6.2.4 Funding of Integrated Service Delivery Initiatives

As was the case for home care services, policies directed at cost issues must be based on data that include the costs of services provided not only by the health care system but also by elderly patients and their families.

6.3 Policy Issues Concerning Pharmacare and Seniors' Health

Policy recommendations arising from the National Forum on Health (1996) on the issue of pharmacare are very similar to policy recommendations arising from the HTF studies. The specific policy issues identified in these reports involve two broad areas: administration and human resources. The administration issues largely involve system organization and management across the country, and include drug classification systems and the role of provincial and territorial governments in linkability and accessibility of administrative data across jurisdictions. Important foundational issues here are the implications for seniors of the considerable variation in drug cost coverage from province to province. Human resource issues include communication between key players, especially attending physicians and pharmacists, and the role of Continuing Medical Education (CME) to set standards and practices.

- There is a need for a drug classification system that is common to home care and pharmacare programs and thereby facilitates the tracking of resources from hospital to home care as patients move along the continuum of care.
- Provincial governments must cooperate to improve the content, linkability, and accessibility of administrative data sets on pharmacare issues.
- There is a need to evaluate ways to reach physicians on a whole range of practice issues and improve professionals standards through CME.
- Health care reform must focus on improving collaboration between physicians and pharmacists, particularly in providing physicians with support in balancing complex drug regimens required for maintaining functional health status of older patients with multiple morbidities.

6.4 Policy Issues in the Health of Rural Seniors

Seniors living in rural areas often do not have access to the spectrum of services they need unless they are willing to travel a distance – often a great distance – to get them. As a result, rural health issues have a different emphasis than those we see in non-rural

contexts. For example, in urban regions, the primary health delivery issue is frequently the degree of integration of different types of services and the appropriate mechanisms for facilitating communication among them. In rural areas, in contrast, the primary health delivery issue is more often the sheer availability of qualified staff to provide care within each type of service, particularly specialist services. In the HTF projects dealing with rural health issues, availability of standardized and reliable assessment tools, and achieving adequate levels of staff understanding of and training in the proper use of these tools, were more pressing issues than they were in urban areas.

In rural areas, the focus was far less on system-wide integration of services across jurisdictions than it was on smaller, more incremental changes within jurisdictions, especially in areas where there was perceived to be a significant lack of community resources for seniors. A major policy recommendation of the various HTF reports on rural seniors' health issues is the recognition of the need for strategies of recruitment, retention, and training of health care personnel in rural communities. This is especially true in the case of such specialized services as mental health services, rehabilitation, and palliation.

6.5 Policy Implications of the HTF Research Process

In considering the range of policy issues identified in these studies, it is equally important to consider the process challenges encountered by many of the projects, for these provide potentially important insights into the challenges of implementing health care reform. The most frequently noted process challenge facing these projects was the lack of time to mount initiatives and test their impact. NA1007 and QC404 are particularly noteworthy in this respect, although the problem was widespread. Thus, in implementing health reform, adequate time must be given to the development and implementation of policies and programs, especially in relation to multi-sectoral initiatives central to integrated service delivery.

The pivotal role of physicians in the success (or otherwise) of pilot programs is also instructive to the overall process of implementing health reform. Similarly, rigid national or local collective labour agreements, which complicated the recruitment process to various clinical teams participating in HTF research, will represent process challenges in implementing health reform. The instability of human resources, a finding of numerous HTF projects and discussed more fully in Section 4, is another process challenge to bear in mind.

7. Conclusions

We well know that the primary objective of "living well" into old age is the enhancement and maintenance of independence and autonomy in later life. As Chappell (1996) has noted, "severe mental declines, dependency and poor physical health are stereotypes that are not true for the vast majority of seniors." Major determinants of healthy aging are socio-economic and physical environments. We know that the longest life expectancies are found not in the wealthiest countries but in those countries with the smallest spread of incomes and the smallest proportion of the population in relative poverty.

Because the issues surrounding seniors' health are so broad, the synthesis reports from the HTF projects should not be viewed in isolation. The synthesis reports on the work of the "Determinants of Health" Working Group, convened under the auspices of the National Forum on Health, are also relevant to the overall directions of policy initiatives in relation to

seniors' health. The mandate of the National Forum on Health was to inform and involve Canadians and advise the federal government on innovative ways to improve the health of the population. Papers commissioned by the Forum addressed such issues as key conclusions from the literature related to the determinants of health, sample success stories that address the problem, and policy implications and advice.

Many of the policy recommendations arising from the research on seniors' health in these HTF projects support, reinforce, and extend recommendations made by the National Forum on Health (NFH). For example, NFH recommendations concerning the maintenance and enhancement of independence and well-being in old age include: ensuring adequate support for family and community care; funding community-based programs; assessing cross-sectoral implications of policies developed in such sectors as housing, transportation, and taxation; ensuring that emerging regional and local boards of health are not dominated by traditional vested interests, such as hospitals and physicians; and examining appropriate training and career paths for non-physician health workers (National Forum on Health, 1996, p. 57).

In relation to the use of pharmaceuticals by seniors, relevant recommendations of the National Forum on Health include: seniors should receive help in evaluating the risks and benefits of drug therapy; primary care and pharmacy settings are top priorities for the application of information technology solutions that link physicians with the appropriate information sources and provide them with access to pertinent information; and action plans to improve physician prescribing and patient communication skills should be implemented in medical education programs and evaluated (National Forum on Health, 1996, pp. 69-70).

Thus, these various reports – of the National Forum on Health and of the HTF studies – must be seen as part of a larger package of support for seniors' health policy initiatives that underscore the undeniable fact that as the population ages, the health care system must shift from a focus on acute care treatment to recognizing and supporting family care and community care. The HTF research reports provide ample evidence that while the imperative of the continuum of care has "been well captured in the rhetoric of current health care reform, it is not happening in practice" (Chappell, 1996: 56). A relevant question to be asked here is whether the continuum of care for seniors requires a complete system-wide integration of all programs and services or, more minimally, a range of "educational, inter-organizational and inter-professional activities that promote the removal of these structural barriers" (Shapiro & Havens, 2000). What is clear from these research reports is that innovations in the system continue to be added piecemeal without corresponding changes in the system. We now have over 20 years of research (e.g., Evans, et al., 1981; Kane & Kane, 1985) which indicates that for reasons of both cost control, efficiency, and effectiveness, the system must be treated as a whole. Health researchers have noted that this means that if a new type of care is introduced specifically to substitute for another, then the corresponding component must be withdrawn.

As comprehensive as these projects funded by the HTF were, there remain unexplored areas. For example, researchers still need to examine how, in the process of change from one type of care to another, decisions will be made as to those services to be withdrawn in the reform of health services and those to be added. As well, future research should examine such environmental factors as geographic isolation, lack of access to transportation, and the vagaries of harsh weather conditions as barriers to healthy aging and to the use of appropriate health services.

Health researchers must also recognize that, given the composition of known disadvantaged groups, the needs of Canada's increasingly ethnically and racially

diverse seniors must be addressed by a more culturally sensitive delivery of health care. As Wister (1998) notes, "Increases in population aging and concurrent changes in population health are having a profound effect on the organization and delivery of health care in many countries of the world. The growth in the relative and absolute numbers of elderly people coupled with changes in patterns of morbidity and mortality have drawn attention to issues of quality, efficiency, and efficacy of health care systems....Dramatic shifts in values and beliefs within a particular country over time, and ethnic differences within a country at one specific time, represent important cultural elements having a significant impact on population health, health care organization, and health policy." These observations must guide future research on seniors' health and thereby lead to policy recommendations relevant to the full spectrum of the extraordinarily diverse population of seniors in Canada. The HTF reports have provided a broad foundation for these future research initiatives. The extension of research into the particular needs of at-risk sub-populations within the larger population of seniors in Canada is welcome and will, as Shapiro and Havens (2000) have noted, move us ever closer to the goal of acquiring generalizable evidence on the impact of health reform measures on seniors' health.

References

Chappell, N.L. (1988). Long-term care in Canada. In E. Rathbone-McCuan & B. Havens (Eds.), *North American elders: United States and Canadian perspectives* (pp. 73-88). Westport, CT: Greenwood Press.

Chappell, N.L. (1996). Summary of "Maintaining and enhancing independence and well-being in old age." In National Forum on Health, *What determines health?: Summaries of a series of papers on the determinants of health* (pp. 54-57). Ottawa: Minister of Public Works and Governemnt Services Canada (Cat. # H21-126\3-1996E).

Deber, R.B., & Williams, A.P. (1995). Policy, payment and participation: Long-term care reform in Ontario. *Canadian Journal on Aging*, 14(2), 294-318.

Dumas, J., & Bélanger, A. (1997). *Report on the demographic situation in Canada, 1996.* Ottawa: Statistics Canada.

Evans, R.L., McGrail, K.M., Morgan, S.G., Barer, M.L., & Hertzman, C. (2001). Apocalypse No: Population aging and the future of health care systems. *Canadian Journal on Aging*, 20(Suppl.1, Summer), 160-191.

Gee, E.M., & Gutman, G.M. (2000). *The overselling of population aging: Apocalyptic demography, intergenerational challenges and social policy.* Toronto: Oxford University Press.

Gottlieb, B.H. (2000). Self-help, mutual aid, and support groups among older adults. *Canadian Journal on Aging*, 19(Suppl. 1), 58-74.

Health Canada. (2001). *Rural action plan.* Ottawa: The Author.

Joseph, A.E., & Martin-Matthews, A. (1994). Growing old in aging communities. In V.W. Marshall & B.D. McPherson (Eds.), *Aging: Canadian perspectives* (pp. 20-35). Peterborough, ON: Broadview Press.

Kane, R.L., & Kane, R.A. (1985). *A will and a way: What the United States can learn from Canada about caring for the elderly.* New York: Columbia University Press.

Keating, N.C. (1991). *Aging in rural Canada.* Toronto: Butterworths/Harcourt.

Lassey, M.L., Lassey, W.R., & Jinks, M.J. (1997). *Health care systems around the world: Characteristics, issues, reforms.* Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

McDaniel, S.A., & Chappell, N.L. (1999). Issues and commentaries: Health care in regression: Contradictions, tensions and implications for Canadian seniors. *Canadian Public Policy, XXV*(1), 123-132.

McPherson, B.D. (1998). *Aging as a social process* (3rd ed.). Toronto: Harcourt Brace Canada.

McWilliam, C.L., Diehl-Jones, W.L., Jutai, J., & Tadrassi, S. (2000). Care delivery approaches and seniors' independence. *Canadian Journal on Aging*, 19 (Suppl. 1), 101-124.

Moore, E., & Rosenberg, M. (1997). *Growing old in Canada.* Ottawa: Statistics Canada.

Morrongiello, B.A., & Gottlieb, B.H. (2000). Self-care among older adults. *Canadian Journal on Aging, 19*(Suppl. 1), 32-57.

National Advisory Council on Aging. (1989). *Understanding seniors' independence: Report #1: The barriers and suggestions for action.* Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada.

National Forum on Health. (1996). *What determines health?: Summaries of a series of papers on the determinants of health.* Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada (Cat. #H21-126\3-1996E.).

Penning, M.J., & Keating, N.C. (2000). Self-, informal and formal care: Partnerships in community-based and residential long-term care settings. *Canadian Journal on Aging, 19*(Suppl. 1), 75-100.

Rosenberg, M.W., & James, A.M. (2000). Medical services utilization patterns by seniors. *Canadian Journal on Aging, 19*(Suppl. 1), 125-142.

Shapiro, E., & Havens, B. (2000). Bridging the knowledge gap: from evidence to policy and practice that fosters seniors' independence. *Canadian Journal on Aging, 19*(Suppl. 1), 176-190.

Statistics Canada. (1999). *A portrait of seniors in Canada* (3rd ed.). Ottawa: Statistics Canada. Catalogue 99-XPE, p. 46.

Tamblyn, R., & Perreault, R. (2000). Prescription drug use and seniors. *Canadian Journal on Aging, 19* (Suppl. 1), 143-175.

Wister, A. (1998). Introduction. In A.V. Wister and G.M.Gutman (Eds.), *Health systems and aging in selected Pacific Rim countries: Cultural diversity and change* (pp. 9-17). Vancouver: Gerontology Research Centre, Simon Fraser University.

Appendix A: List of HTF Projects Relevant to Seniors' Health

This appendix provides summary information on the HTF projects which were reviewed in the preparation of this document. For further information, please refer to the HTF website (www.hc-sc.gc.ca/htf-fass).

(NA122) Safety of Persons Suffering from Dementia and Living at Home

Recipient: CLSC Côte-des-Neiges, Montréal

Contribution: $178,035

This project developed and validated a questionnaire to evaluate risks to elderly people suffering from dementia and living at home. The questionnaire aimed to identify and reduce risks by assessing appropriate interventions and the impact of counselling the informal caregiver. The questionnaire was developed in two versions (short and long) and in two languages (English and French) through pilot work in urban, semi-urban, and rural settings in Alberta, British Columbia, and Quebec. Health care practitioners who had referred patients to the project were asked to review their patients' questionnaires. The response rate from practitioners was over 50 per cent in Quebec, only 15 per cent in Alberta, and zero in British Columbia. The authors feel that this tool can be used in all provinces to provide a structured assessment interview, particularly on first meeting with a patient who has dementia and is living at home.

(NA221) Benzodiazepine Use in the Elderly

Recipient: Association of Canadian Medical Colleges

Contribution: $618,455

This national project tested the feasibility of a Canada-wide drug utilization review as well as a continuing medical education (CME) component for primary care physicians concerning appropriate benzodiazepine prescribing. The inappropriate prescribing of benzodiazepines in the elderly has been well documented. All eight provinces with medical schools have adopted their own approach to the issue. Ontario and Quebec were able to identify physicians with potentially inappropriate patterns of prescribing and to tailor education efforts to these individuals on a confidential basis. Interventions in the provinces included seminars, the mailing of written material, and patient education handouts. Four provinces also used academic detailing. Two provinces used interactive small-group CME. The thrust of the initiative in all locations was non-coercive and educational. At the time of reporting, follow-up analysis had been completed only in Newfoundland and Ontario; Newfoundland showed no major change in group prescribing data, and Ontario showed a very modest decline in individual prescriptions to seniors.

(NA227) Do Drug Plans Matter? Effects of Drug Plan Eligibility on Drug Utilization Among the Elderly, Social Assistance Recipients, and the General Population

Recipient: Centre for the Evaluation of Medicines, St. Joseph's Hospital, Hamilton

Contribution: $122,372

This study illuminated the debate over a national pharmacare program by using data from two population health surveys in 10 provinces to predict the influence a national pharmacare program would have on the use of prescription drugs, physician services, and the health status of Canadians. The project identified variations in the extent of prescription drug coverage among the general population and differences in how provinces share costs with seniors and social assistance recipients. The project then constructed a range of indicator variables and estimate models of prescription drug use for tracking the impact of various types of drug insurance plans along with several socio-economic, demographic, and health variables. It concludes that variations in the extent of drug coverage do not appear to affect drug-use patterns among people of average socio-economic and health status, which suggests that pharmacare would not encourage most Canadians to use substantially more drugs or professional resources. On the other hand, shifting costs from consumer to government could encourage greater medication use by low-income and sick people for whom prices are a barrier to care, which could in turn lead to improved health status.

(NA228) Interprovincial Comparison of Medication Use in Pharmacare—Anti-infective Drugs in Seniors and the General Population

Recipient: Dalhousie University, Halifax

Contribution: $105,300

This study tested and evaluated a new way of comparing drug use between Canadian jurisdictions – a method that makes adjustment for drugs that come in different strengths, recommended dosages, and formulations. Researchers tested the efficacy of the World Health Organization's defined daily dose (DDD) system for making comparisons on an entire class of drugs, in this case anti-infective agents for oral use (e.g., amoxicillin). They identified individual medications used in three provinces (Nova Scotia, Manitoba, Saskatchewan) in three fiscal years, manually coded them into anatomical therapeutic chemical (ATC) codes, then calculated the number of DDDs of each medication that were filled per 1,000 beneficiaries per year. This allowed them to describe use by province, by drug, and by patient subgroup within both the general population (Manitoba, Saskatchewan) and senior citizen population (Manitoba, Saskatchewan, Nova Scotia). They found that the use of anti-infective agents decreased in Saskatchewan, increased in Nova Scotia, and went down, and then up again, in Manitoba during the three-year study period.

(NA404/QC404) Establishment and Start-up of Integrated Care Model

Recipient: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Contribution: $2,798,781

This demonstration project tested the feasibility and cost-effectiveness of a new way of organizing, financing, and delivering services for the frail elderly. It was referred to as SIPA (*Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie*), a system of integrated services for the frail elderly, in which the financing was a simulation of capitation. The report describes how two CLSC districts in Montréal put the system into practice with the help of interdisciplinary teams that coordinated all medical and social services, both primary and secondary, and dealt with both acute and chronic care for all their patients. The aim was to respond to the needs of the frail elderly and to maintain their autonomy and ability to choose appropriate solutions. For the health and social service system, the goal was to optimize the use of resources, whether community, hospital, or institutional. The report details difficulties and delays in implementation and obstacles to the effective management of the project, including difficulty involving doctors in private practice. Nonetheless, patients (and their caregivers) in the SIPA group reported perceiving a higher quality of services and a greater sense of security than did those in the control group. The SIPA group also significantly reduced its use of hospital resources, and there was a tendency to less institutionalization among these patients. The cost analysis indicated that the costs of care were slightly higher for patients in the SIPA group and that the increased use of community services was not financially compensated for by a reduction in the use of hospital services, at least during the time of the experimentation. However, the authors suggest that it may become more cost-effective when the cost of long-term care is factored in over a longer period.

(NA1007) The Effects and Expense of an Early Health Promotion/Rehabilitation Intervention in an Elderly Home Care Population

Recipient: McMaster University, Hamilton

Contribution: $223,201

This randomized controlled trial examined whether using occupational and physical therapists in the home setting prevented functional decline in elderly patients and improved their autonomy, reduced caregiver burden, and reduced the use of health and social services. Traditionally, older adults who require hospitalization are at risk of a long-term deterioration of health status, which can continue after discharge, as clients may become dependent on home care services. In this project, eligible patients (aged 60 and over) who were discharged from acute care hospitals and referred to the Community Access Centre of Halton for homemaking and/or nursing were randomized to receive either the usual home care services or early, individualized health promotion/rehabilitation intervention by occupational and physical therapists in addition to home care. A total of 201 patients was enrolled. The evaluation of the findings of this project is continuing, but preliminary analyses show that the rehabilitation services have improved functional abilities in clients' activities of daily living compared with those of the control group.

(AB301-17) An Evaluation of Lakeland Regional Health Authority Integrated Community-Based Palliative Care Program

This study piloted and evaluated an integrated palliative care delivery model in a rural area of east-central Alberta. The goal of the project was to improve access to and the quality of palliative care services. The project team consisted of a palliative care consultant physician, a project manager, and a palliative care coordinator, who also served as a nurse consultant. Consultation among health professionals and the palliative care team increased; patients, family, and health providers reported that the quality of care improved; and the project achieved a shift from acute care to community care. The percentage of deaths in the pilot area that were in-home increased dramatically, from about 8 per cent pre-program to almost 30 per cent post-program.

(BC122) The Cluster Care Pilot Program

Recipient: South Fraser Health Region

Contribution: $84,000

This seven-month project looked at a team-based, flex-time approach (called cluster care) to seniors' home support services as an alternative to conventional one-to-one case assignments and fixed-period visits. At question was whether shorter, more frequent visits would result in better care, more efficient services, and increased client independence. After investigating related experiments in Waterloo and Kamloops, researchers selected two pilot sites and managed two teams of home support workers. Detailed comparisons of the traditional and cluster care models showed that the latter was suitable for most clients and most appropriate for those who live in high-density residential buildings and receive considerable home support hours. Care levels increased overall, particularly at the more complex levels; however, this may be a result of the fact that the same group of clients, the majority over age 80, was compared for 1998 and 1999 and that their health needs may have increased over that time. Better care and the team approach meant more hours and higher costs. Surveys revealed a high level of client, caregiver, and care provider satisfaction with the program.

(BC123) Frail Seniors Service Delivery Model Evaluation

Recipient: North Shore Health Region

Contribution: $139,875

This six-month project compared integrated home care services for frail seniors with non-integrated services. It also evaluated cost-effectiveness and relative health outcomes of integrated home care. Clients in the treatment group received continuing attention from a care coordinator, generous occupational and physiotherapy rehabilitation services, access to an adult day program, advice from mental health and geriatric outreach teams, recreation therapy, regular attention at interdisciplinary team conferences, and the services of a salaried home support worker. The program was found to be very cost-effective. In the six-month period, the total cost of services for the treatment group was $7,367 per client, compared with $11,279 per client for the comparison group. No significant differences existed in health outcomes between the two groups.

(BC124) Enhanced Case Management Project

Recipient: Upper Island/Central Coast Community Health Services Society

Contribution: $126,623

This initiative sought to boost the knowledge and confidence of service providers and family caregivers who support non-institutionalized persons with dementia. The project developed and delivered a series of education and on-site sessions to home support workers, case managers, and home support supervisors. After training, case managers increased the time spent with family caregivers. All members of the support team benefited from an experimental, dedicated case management position at a local hospital to screen, manage, and discharge patients with dementia. Researchers found that more home support workers than expected were interested in the program. Participants said their knowledge, confidence, and team pride "immeasurably increased" as a result of this project.

(BC201) British Columbia Pharmacare Health Transition Project (PharmaNet)

Recipient: British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors

Contribution: $3,165,600 – eight substudies

(BC201-01) Sleep and Anxiety Management Project

This project provided family physicians with materials to help them manage sleep and anxiety disorders in older patients in the hope that such material would reduce the prescribing of benzodiazepines, a class of tranquillizers and sleeping pills. The project also examined whether the use of a telephone support line would result in changes in drug prescribing practices. Prescribing of these drugs during the six months prior to the project was compared with prescribing six months after the initiation of project interventions. On the whole, this study found that its hypothesis was not supported.

(BC201-07) The Patient Outreach Project: Community Pharmacy-Based Assessment of Patient Therapy

This pilot project used the PharmaNet system in British Columbia to alert pharmacists to patients who may not be taking their prescribed drugs correctly. The project designers flagged patients taking a minimum of five or more concurrent medications. Once alerted, the pharmacist chose a range of intervention options to educate the patient about the medication and its use, including training, reinforcement, and physician contact. The project examined the feasibility and acceptability of the "alerting" system and the feasibility of the outreach program. Key findings indicate that the PharmaNet Alerting System is effective and feasible in a community pharmacy environment and that it is not disruptive to regular work practices. Future analyses will examine the cost-effectiveness of the program.

(NT401) Improving the Effectiveness and Efficiency of Programs for Aged, Disabled, and Chronically Ill Individuals

Recipient: Department of Health and Social Services, Government of the Northwest Territories

Contribution: $79,000

This project developed and implemented a new Continuing Care Assessment Package (CCAP) to assess clients requiring continuing care in the Northwest Territories. The use of the standardized tool helped direct clients to community-based services that provide a continuum of care as a cost-effective alternative to institutionalization. Data collected through the CCAP also facilitated better planning for service delivery, housing, and other resource needs. The report of this pilot project points out barriers such as resistance to change, but the principal problem was staff turnover. In small jurisdictions, the loss of expertise when a person leaves has a serious effect on program implementation. The authors suggest a written manual and continuing training as solutions to these concerns. They also point out the importance of supportive management in gaining acceptance of a new tool. The CCAP proved to be an effective way of making more objective, standardized assessments, thus making access to continuing care fairer and more effective.

(ON221) Randomized Trial Evaluating Expanded-Role of Pharmacists in Seniors Covered by a Provincial Drug Plan in Ontario – Seniors Medication Assessment Research Trial (SMART)

Recipient: McMaster University, Hamilton

Contribution: $677,860

The study evaluated a five-month program that linked family physicians with pharmacists trained to provide cognitive, clinical, patient-based care (known as "expanded role pharmacists" or ERPs) in an attempt to optimize drug therapy for seniors. The study used a "cluster randomized control trial design" that involved 889 senior patients, each using five or more medications, in 48 family practices in urban and rural Ontario. The SMART project twinned pharmacists with family physicians in the intervention group, provided access to medical records and patient interviews, facilitated recommendations on identified drug-related problems, and determined over the next five months which recommendations would be implemented. The report notes that the experiment was successful, effective, and reproducible: drug-related problems were identified in 88 per cent of the patients in the intervention group; physicians agreed to implement 84.2 per cent of the recommendations they received; and after five months, 56.5 per cent of those changes had been implemented successfully. The study found no significant differences between the intervention and control groups in terms of mean number of daily medications or medication units, proportions of appropriate or inappropriate drug use, the proportion of patients reporting a problem with

their medications, or quality of life. Both physicians and pharmacists said they would recommend the method of collaboration to colleagues.

(PE121) An Integrated Mental Health Response for Seniors

Recipient: Prince Edward Island Department of Health and Social Services

Contribution: $140,000

This two-year study developed and field-tested a model of service delivery to integrate home care and community mental health services for seniors experiencing dementia or depression, the most common mental disorders among seniors. The main objectives were earlier assessment, care planning, and appropriate intervention. Planning of the model was cautious in order to allow key home care and mental health workers a chance to become comfortable with objectives. Once launched, the project undertook to increase the confidence and competence of front-line staff with workshops (for home care workers) and intense training on seniors' health (for mental health personnel). Researchers developed a "screening tool flow chart" for identifying early signs of illness during home visits and a multidisciplinary diagnostic protocol for client and caregiver assessments. The project improved the accessibility of mental health expertise for home care staff; challenges included staff retention and gaining support from family physicians.

(QC101) Impact of the Single-Window Approach in CLSCs: Use of Services, Costs, and Experience of Workers

Recipient: CLSC René-Cassin

Contribution: $242,663

In late 1996, CLSCs in Montréal were instructed to implement a guichet unique (single-point access) approach to providing services to maintain aging clients in their home. This study evaluated that implementation and its impact on practitioners and their professional practice. The researchers obtained their data through focus groups, questionnaires, and individual interviews. They conclude that responding to the complex needs of an increasingly aged population requires an integrated approach. They note, however, that a number of problems have occurred in the introduction of case management in the CLSCs studied: workers have heavy caseloads; case managers risk burnout because of an increasing number and complexity of tasks; and case managers do not have the authority to give direction to practitioners in all the services that they must coordinate. They recommend training for case managers in their new tasks; training for the partners in the hoped-for "continuum of services" (e.g., doctors, hospitals, community organizations) to ensure a clear understanding of their roles; clear criteria for definition of the clientele; and caseload standards that do not overburden workers. Although the *guichet unique* approach aims in part to reduce hospitalization and institutionalization of the aging population and thus reduce public expenditures, this study did not address the issue of relative costs. Regarding the process of change itself, the researchers note that the contingency-management style facilitates the change process.

(QC123) Development and Implementation of a Cost System for Home Care and Home Services in Connection with the Demonstration Project for an Integrated Services Network in the Bois-Francs, with Coordination of Services through Case Management

Recipient: Université Laval

Contribution: $199,290

This project developed a system of cost analysis to evaluate the results of coordinating services to the frail elderly in the Bois-Francs region of Quebec. (See QC403 for an evaluation of this project as it relates to implementation and patient outcomes.) Costs were calculated for home health care and services to the elderly and to the public health and social services network. The economic analysis of costs assumed by the elderly themselves and by their families was not available. The results show that overall costs to the public system are comparable over time between the two regions that were tested, though there were differences in the services used. The researchers conclude that the coordinated services initiative is economically viable because it brings significant benefits to patients without requiring increased expenditure from the public system. Furthermore, they suggest that their model for imputing costs could be used to evaluate other integrated services projects for other client groups.

(QC403) Mechanism for Coordination of Geronto-Geriatric Services in Bois-Francs

Recipient: Université Laval

Contribution: $250,700

This project evaluated a model of coordinated care for the frail elderly that was developed in 1997 in the Bois-Francs region of Quebec. Services to the elderly were coordinated by using one point of entry, case management, and personalized service plans ranging from health promotion to palliative care. A system of electronic clinical files was designed to facilitate interdisciplinary communication. The evaluation showed that the program succeeded in reaching the frail elderly, and that the *intervenant-pivot* (key practitioner) fulfilled the intended role of case manager. The computerized sharing of information was less successfully implemented because not everyone in the network was adequately equipped. The evaluation of patient outcomes showed a tendency for patients to stay longer in their homes in the Bois-Francs region than in the control region; family caregivers also reported a reduced burden for the first two years of the evaluation. No effect could be shown on the use of the emergency department, on hospitalization, or on medication usage. The companion project (QC-123) looks at the relative costs of the coordinated services and a control region; it concludes that costs were no higher for what appear to be generally improved outcomes for patients and their families.

(QC405) Outcomes: Screening and Intervention

Recipient: St. Mary's Hospital Centre

Contribution: $301,302

This study examines how hospital emergency departments might play an integral role in a continuum of care for seniors and prevent some of the adverse outcomes following the emergency visit, which is typically viewed as a short period of transition. A screening tool was developed to identify seniors aged 65 and over who were most likely to experience functional decline immediately after their emergency department visit. It was used at four Montréal hospitals and involved a panel of geriatricians and a team of academic consultants providing technical input and statistical and economic analysis. Of the high-risk patients identified, an average of two new or uncompensated problems were detected in categories such as physical problems, activities of daily living, behavioural problems, and social problems. Patients received follow-up one month and four months afterward. The process was found to be quick and easy to administer in the emergency department setting. The study found that the intervention significantly reduced the rate of functional decline, and researchers emphasize the pivotal role of the emergency department in the interface between the hospital and community services.

(QC428) Evaluation of Geriatric Psychiatry Outpatient Consultation for Elderly Depressed Patients: Perspectives of the Patient and Family, Referring Physician, and Consultant

Recipient: St. Mary's Hospital Centre

Contribution: $35,013

This study, carried out in the geriatric clinic of a Montréal hospital, provides information concerning what happens when a primary care physician refers a patient for a consultation with a geriatric psychiatrist. The current emphasis in Quebec on community-based health care (*le virage ambulatoire*) calls for hospital resources to play a consulting role; however, the researchers' literature search found no effective model of this interaction for geriatric patients. The geriatric consultation process included the views of the patient and family, the referring physician, and the consulting psychiatrist. Although most patients and primary care physicians were satisfied, there was only moderate agreement among primary care physicians and consultants as to the type of consultation requested, the reason for consultation, and the responsibility for further treatment. The report highlights some of the problems encountered in the consultation process and suggests simple ways to improve communication and thus improve patient care.

(QC429) Impact of an Emergency Room Discharge Coordinator on the Successful Discharge of Elderly Patients

Recipient: Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital

Contribution: $453,637

This project created a nurse discharge coordinator position to oversee the discharge of elderly patients from the emergency department of the Jewish General Hospital in Montréal. Researchers wanted to determine the impact on returns to the emergency department and hospitalization in the short term,

as well as patient satisfaction and compliance with treatment plans. Discharge planning included forging links between the CLSC network, family physicians, the emergency department, and the hospital system. There is some indication that doctors may have been willing to discharge elderly patients more quickly if they knew that the nurse would follow-up within 24 hours. This factor and the reduced use of emergency department services would presumably result in savings to the hospital; however, no analysis of cost-effectiveness could be done because of a lack of adequate measures for some of the variables. However, the hospital administrators have expressed confidence in the study's results by establishing the position of nurse discharge coordinator, dedicated to the emergency department, to work with the population identified by the project's experience as being at particular risk.

(SK101) An Exploratory Study of the Impact of Home Care on Elderly Clients Over Time

Recipient: Health Services Utilization and Research Commission

Contribution: $80,000

Using provincial statistics, this study explores the question of whether home care and social housing do in fact contribute to longer life and independence for senior citizens. Researchers collected eight years of provincial data on 26,490 Saskatchewan seniors regarding their hospital use, medication, medical attention, and patterns of care. They compared the health care costs of service recipients with those of non-recipients. After adjusting for health status and use of other services, they found the total health service costs for home care recipients were approximately triple the costs of non-recipients, whereas the costs for social housing residents were at the same level as non-residents. These findings suggest that seniors' housing is more effective than preventive home care in keeping seniors alive and out of nursing homes and that it results in lower overall health service costs. However, the authors caution that their work faced significant limitations and suggest that additional studies should be undertaken to confirm and extend the findings.

(SK124) Hospital and Home Care for the Elderly Client in Saskatoon

Recipient: Saskatoon District Health

Contribution: $242,888

This study followed the admissions of elderly patients aged 75 years and older to three Saskatoon hospitals over a nine-month period to undertake a "process and outcomes evaluation." Researchers analyzed admissions, the need for acute care, the timeliness of discharge, the use of home care, and physicians' perceptions of admission and discharge factors. For outcomes, the researchers analyzed the status of participants, including functional and disability measures, after the hospital episode; the caregiver burden; and the costs of all services. Data were collected on 967 patients, from a pool of 1,502 potential participants. This project conducted a census-like collection of data that systematically defines this elderly population and its characteristics, needs, care trajectories, and the appropriateness of care received by this population. The study is particularly revealing about the proportion of hospital days (11.8 per cent) in which this population remained in acute care beds when an alternative level of care (ALC) would have been appropriate. The home care findings were also revealing: 29 per cent of the sample received some home care after discharge, and 54 per cent of those people had received some home care before admission.

(SK326) Enhanced Rural Rehabilitation

Recipient: Assiniboine Valley Health District

Contribution: $177,513

This project hoped to improve rehabilitation services in the Assiniboine Health District by using three full-time physiotherapy assistants (PA) to work along with two full-time physiotherapists. Three PAs were hired at less cost than full-fledged physiotherapists to carry out a variety of tasks, including clerical work, patient education, and exercise therapies. An internal evaluation concluded that both the number of patients receiving treatment and the frequency of treatments increased while the length of time that patients spent in hospital decreased. Also, there were fewer back, shoulder, and neck injuries to health care workers, and the number of patient falls decreased. However, the study found that patients waited longer for physiotherapy services, possibly as a result of increased physician referrals based on their confidence that the system could accommodate them.

(SK424) Evaluation of a System-wide Admission and Discharge Department

Recipient: Regina Health District

Contribution: $208,000

This study undertook to evaluate a System-Wide Admission and Discharge Department (SWADD) that had been formed in September 1997 to integrate and improve the procedures of the Regina Health District (RHD). Even though SWADD was still evolving and was not fully implemented at the time of evaluation, the researchers found improvements in the areas of service quality, access, and integration and noted the specific measures that were successful. They report that, although the guiding philosophy behind SWADD seems to have support, barriers remain to its full implementation. Moreover, the areas of health outcomes and cost-effectiveness did not show significant changes. The researchers point to certain factors that must be in place for SWADD to achieve its full potential, including leadership to establish a favourable organizational culture; a clear definition of goals, structures, components, and processes; improved communication and collaboration among service providers; realistic workloads for case managers; sufficient resources in the community; and public education about the appropriate use of various types of health care, an issue that is related to the importance of public perception in the acceptance of changes in health service delivery. The evaluation can assist the Regina Health District in making refinements in SWADD and guide other organizations wishing to implement a similar program.

Santé Canada | Health Canada

DE LA CONNAISSANCE À LA PRATIQUE

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé

SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE

La santé des personnes âgées

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada.

Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée, à condition que la source soit citée.

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Tél : (613) 954-5995
Téléc. : (613) 941-5366

Ce document est offert sur le site Web de Santé Canada : http://www.hc-sc.gc.ca

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002

Cat. H13-6/2002-7
ISBN 0-662-66310-1

DE LA CONNAISSANCE À LA PRATIQUE

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé

SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE

La santé des personnes âgées

Anne Martin-Matthews, PhD
Professeure d'études familiales
School of Social Work and Family Studies
University of British Columbia

Ce rapport s'inscrit dans une série de dix rapports faisant la synthèse des résultats de projets du FASS dans les domaines suivants : les soins à domicile, les questions pharmaceutiques, les soins primaires, la prestation de services intégrés, la santé des Autochtones, la santé rurale/télésanté, la santé mentale, la santé des enfants et la santé des personnes âgées. Le dixième document est une analyse générale. Tout ces documents sont disponibles sur le site Web du FASS (**www.hc-sc.gc.ca/htf-fass**), qui présente également de l'information sur chacun des projets du FASS.

Condensé

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), issu d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a été créé à même le budget fédéral de 1997 pour encourager et appuyer le processus décisionnel fondé sur les faits dans le cadre de la réforme des soins de santé. Entre 1997 et 2001, le FASS a financé environ 140 projets pilotes et études d'évaluation dans l'ensemble du Canada. Afin de communiquer aux décideurs les constatations faites par les chercheurs dans le cadre des projets, des experts ont synthétisé les principaux résultats relatifs aux processus et aux situations dans neuf domaines bien distincts : les soins à domicile, l'assurance-médicaments, les soins primaires ou soins de santé primaires, la prestation de services intégrés, la santé des enfants, la santé des Autochtones, la santé des personnes âgées, la santé dans les régions rurales et la télésanté, et la santé mentale. Le présent document résume les principales notions acquises à la faveur de 25 projets ayant porté sur la santé des personnes âgées. Il a été préparé par Anne Martin-Matthews, Ph.D., professeure d'études familiales à la *School of Social Work and Family Studies, University of British Columbia.*

La santé des personnes âgées au Canada

Le Canada compte un peu plus de 30 millions d'habitants dont 3,7 millions de personnes (environ 12 p. 100 de la population) ont plus de 65 ans. Ce chiffre devrait passer à cinq millions (14 p. 100 de la population) d'ici 2011. On estime que les personnes âgées constitueront 18 p. 100 de la population d'ici 2025 (Moore et Rosenberg, 1997). Le nombre et la proportion des personnes d'âge avancé (75 ans ou plus) augmentent rapidement. Si on s'intéresse à la santé des aînés, aux fins de la politique nationale, c'est notamment parce que l'on craint que le vieillissement de la population exerce des pressions sur les ressources du régime de santé, en raison du degré d'utilisation des hôpitaux et d'autres services de santé par les aînés (Lassey, Lassey et Jinks, 1997, p. 73). Toutefois, les questions concernant la santé des aînés et leur recours aux services de santé, sous leur forme actuelle, sont extrêmement complexes.

Chez les personnes âgées, le taux de maladies aiguës et chroniques est très élevé, et il existe beaucoup de différences quant à la disponibilité des soins de santé et quant à la réaction face à la détérioration de l'état de santé. Au stade de l'âge d'or, la maladie est plus souvent chronique qu'aiguë. Or, notre régime de soins de santé, qui met essentiellement l'accent sur les soins hospitaliers de courte durée, se soucie relativement peu d'aider les aînés à faire face aux maladies chroniques inhérentes au vieillissement, par exemple les maladies cardiaques et l'hypertension, les problèmes respiratoires et l'arthrite. On estime qu'environ 18 p. 100 des personnes âgées de 65 à 79 ans, 22 p. 100 de celles qui ont de 80 à 84 ans, et 40 p. 100 de celles âgées de 85 ans ou plus souffrent de maladies chroniques qui limitent leur activité.

Les personnes âgées menacées par une réduction ou une perte de leur indépendance ont besoin d'un ensemble complexe de services sociaux et de soins de santé fournis par des organismes communautaires, des hôpitaux et des établissements de soins prolongés. Ces services sont souvent fragmentés et ne sont guère intégrés, de sorte que chaque secteur du système répond à un ou à plusieurs besoins de santé complexes, mais pas à tous. Il est rare que la personne soit traitée comme une entité.

Les 25 projets financés par le FASS au sujet de la santé des personnes âgées correspondent aux domaines d'étude prioritaires des chercheurs en gérontologie et en gériatrie au Canada (et dans le monde) et aux tendances observées par les groupes de défense des aînés, tels que le Conseil consultatif national sur le troisième âge. La majeure partie des travaux en gérontologie et en gériatrie traduisent la conviction des cliniciens, des chercheurs et des personnes âgées que la meilleure façon de faire face au déclin accompagnant le vieillissement est de recourir aux services communautaires qui encouragent l'autonomie, l'entraide (auto-assistance) et la promotion de la santé. Par conséquent, 14 (56 p. 100) des 25 projets financés par le FASS au sujet de la santé des aînés ont porté sur des aspects des soins

à domicile. Cela met en évidence l'importance relative des soins communautaires dans la prestation des services aux personnes âgées. Les projets financés par le FASS ont mis l'accent sur des façons d'améliorer la prestation de genres particuliers de services dans le continuum des soins; au moins trois projets ont examiné la manière dont les cas sont attribués aux aides à domicile et la façon dont ils sont rétribués.

De même, l'intégration de la prestation des services a été l'objet de dix (40 p. 100) des projets. Ces projets visaient à éliminer ou à réduire la fragmentation et, dans certains cas, le chevauchement des services. Les chercheurs ont, pour cela, mis au point et évalué des mécanismes favorisant les rapports entre les personnes qui assurent les services à une personne âgée. Cette « intégration » pouvait être aussi ciblée que la communication entre un médecin et un pharmacien (ON221), entre un spécialiste de la santé mentale et un aide à domicile (PE121), ou entre divers professionnels de la santé et les planificateurs des sorties dans un service d'urgence (QC429).

D'un autre côté, quelques projets du FASS ont abordé la question de l'intégration des services dans une perspective plus large. L'interface critique entre l'hôpital et le domicile au moment de la sortie a retenu tout particulièrement l'attention des chercheurs. Par exemple, ceux-ci ont examiné la prestation des services intégrés à des stades particuliers, tels que la sortie de l'hôpital ou du service d'urgence, ou dans le contexte de la réception des soins à domicile. D'autres études ont porté sur les méthodes de coordination (p. ex., la création d'un outil d'évaluation normalisé ou d'un mécanisme de communications semblable). Certains des plus grands projets financés par le FASS ont servi à mettre au point ou à évaluer toute une gamme de services dans une région donnée ou, d'une manière plus complète, tous les régimes de prestation de services et de financement connexe dans un ou plusieurs districts de santé et entre eux, ou dans diverses régions géographiques. Chaque projet reposait sur l'existence reconnue d'un problème d'intégration et d'interface entre les divers services utilisés par les aînés dans le continuum des soins.

D'autres projets financés par le FASS concernaient chacune des principales questions se rapportant à l'utilisation de produits pharmaceutiques par les aînés : les méthodes d'établissement des ordonnances; l'utilisation et l'observation des régimes de traitement pharmaceutique; les problèmes inhérents à l'interaction entre les médicaments; et le coût. De plus, les deux projets concernant les personnes âgées des régions rurales visaient des genres bien précis de services : un a porté sur la réadaptation et l'autre sur la palliation.

Les questions relatives aux ressources humaines sont omniprésentes dans les constatations issues des projets du FASS sur la santé des personnes âgées. Qu'il s'agisse des travaux les plus ciblés exécutés dans un secteur mono-service, ou des projets pilotes les plus complexes et des évaluations de vastes initiatives intersectorielles et intégrantes, les chercheurs ont souligné avec constance l'importance des travailleurs de la santé pour l'obtention de résultats. La majorité de ces études ont donné l'impression que le personnel travaillait à la limite de ses capacités; le taux de roulement était élevé, la tension était forte et les cas d'épuisement professionnel, nombreux; on était en général disposé à agir, mais on n'avait pas les moyens de participer aux projets qui accroissaient une charge de travail déjà lourde. Les projets pilotes ont connu le plus de succès quand ils modifiaient les modalités de travail en profondeur et non pas seulement en ajoutant des tâches, ou quand ils attribuaient de nouvelles responsabilités au personnel, comme dans les cas où un poste était créé. Cependant, même dans ces situations, la réussite de l'initiative dépendait souvent des communications établies entre les professionnels de la santé de divers secteurs et de la clarification des rôles et des responsabilités. Dans les rapports rédigés sur les projets, on précise que, dans tous les secteurs, il n'y a pas de systèmes d'accès informatiques dans de nombreux endroits.

Recommandations sur les soins à domicile prodigués aux personnes âgées :

- Dans l'orientation, la structure et l'organisation des services, il est essentiel de bien comprendre les deux fonctions des soins à domicile assurés aux personnes âgées : leur rôle de plus en plus manifeste dans le contexte des soins subaigus post-hospitaliers et leur rôle un peu plus connu dans la gestion des besoins de ces personnes en soins chroniques.
- Il faut trouver et mettre en œuvre des solutions de rechange au financement individualisé.
- Il importe, au profit des travailleurs de la santé assurant des soins à domicile aux personnes âgées, de créer de nouveaux programmes plus souples de gestion des cas et de leur apprendre à se servir d'outils d'évaluation complexes, afin de favoriser la continuité des services fournis à ces personnes.
- Il faut reconnaître les caractéristiques particulières des personnes âgées, en tant que bénéficiaires de soins à domicile; celles risquant grandement de revenir à l'hôpital doivent être mises en rapport avec des services communautaires (soins à domicile) et de soutien, avant leur sortie de l'hôpital.

Recommandations sur la prestation intégrée des services fournis aux personnes âgées :

- Quand on définit les rôles et les responsabilités, il faut prendre en compte les préoccupations des travailleurs de la santé relatives à la prestation intégrée des services, en se souciant tout particulièrement de la distribution et de la nature des tâches et en minimisant l'ambiguïté des rôles des fournisseurs de services dans des domaines connexes.
- Il faut faire participer activement les médecins à la réforme du système et leur donner la formation nécessaire pour qu'au lieu de mettre l'accent sur la primauté du secteur des soins aigus, ils reconnaissent le rôle des services de soins communautaires.
- Il faut des ressources pour mieux intégrer la prestation des services destinés aux personnes âgées et pour financer les projets d'intégration.

Recommandations sur l'assurance-médicaments et sur la santé des aînés :

- Il faut normaliser l'administration (des systèmes communs de classification des médicaments et des outils d'évaluation communs).
- Il faut faciliter et accroître la collaboration entre les médecins et les pharmaciens.

Recommandations sur la santé des aînés dans les régions rurales :

- Les personnes âgées des régions rurales ont besoin d'accéder à toute une gamme de services malgré la distance et dans un contexte non axé sur les services.

Collectivement, ces rapports sur les projets de recherche financés par le FASS soulignent le fait indéniable qu'à mesure que la population vieillit, le régime des soins de santé doit accorder moins d'importance aux soins aigus et mettre plutôt l'accent sur les soins familiaux et communautaires. Ces rapports montrent on ne peut plus clairement que, même si les intervenants dans la réforme actuelle des soins de santé ont évoqué tant et plus l'impératif du continuum des soins, rien de concret ne se produit en pratique (Forum national sur la santé, 1996, p. 56 de la version anglaise).

Préface

Au Canada, depuis quelques années, on examine attentivement le système de santé afin d'en améliorer la qualité et la rentabilité. Les restrictions budgétaires et l'évolution démographique poussent à étudier de près des moyens devant permettre de rendre ce système plus efficace, tout en garantissant des services de grande qualité à la fois abordables et accessibles. Dans ce contexte, il était nécessaire de réunir plus de données issues de l'étude d'approches et de modèles de soins de santé concluants ou non. En réponse à cette demande de données et pour donner suite à la recommandation du Forum national sur la santé, la création du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) a été annoncée dans le budget fédéral de 1997 afin d'encourager et de soutenir des décisions reposant sur les faits dans la réforme des soins de santé.

Le FASS, fruit d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a financé 141 projets pilotes et études d'évaluation réalisés dans l'ensemble du Canada entre 1997 et 2001, pour un coût total de 150 millions de dollars. De cette somme, 120 millions ont servi à financer des projets provinciaux et territoriaux et le reste, soit 30 millions, a été affecté aux initiatives nationales. Le Fonds a ciblé des initiatives dans quatre domaines prioritaires : les soins à domicile, les produits pharmaceutiques, les soins de santé primaires et la prestation des services intégrés. Chemin faisant, d'autres sujets importants sont apparus en plus des quatre thèmes originaux, notamment : la santé des Autochtones, la santé et la télésanté en milieu rural, la santé des personnes âgées, la santé mentale et la santé des enfants.

Les projets du FASS sont terminés au printemps 2001. Afin de communiquer aux décideurs les données recueillies pendant leur réalisation, on a demandé à des experts de synthétiser les enseignements clés tirés du processus et des résultats pour chacun des thèmes retenus. Le présent document résume donc les principales leçons tirées des projets qui portaient sur la santé des personnes âgées. Il a été préparé par Anne Martin-Matthews, PhD.

Nature unique des projets du FASS

Le FASS était tout à fait différent des organisations canadiennes qui financent les recherches en santé, telles les instituts de recherche en santé du Canada et celle d'avant, le Conseil de recherches médicales du Canada.

- Le FASS était un fonds à durée déterminée. Autrement dit, les projets devaient être conçus, financés, mis en œuvre et évalués en l'espace de quatre ans, ce qui est très court lorsque l'on parle de réforme.
- Le FASS était déterminé par les exigences politiques. Les décideurs qui participaient au processus de sélection, voulaient se concentrer sur certaines questions en suspens sur les quatre thèmes, dans l'espoir que les résultats apportent des faits ou aident à définir l'orientation future des politiques et des programmes.

Afin d'encourager les projets à traiter certaines questions et à produire des résultats utiles aux décideurs, le FASS a défini un cadre d'évaluation comportant six éléments (accès, qualité, intégration, résultats sur le plan de la santé, rentabilité et transfert). Chaque projet devait formuler un plan d'évaluation visant autant de ces éléments que nécessaire. De plus, tous les projets du FASS devaient comporter un plan de diffusion des données (qui serait financé) afin de s'assurer que les résultats seraient effectivement communiqués à ceux qui pouvaient en faire le meilleur usage. En plus de ces plans de diffusion individuels, le Secrétariat du FASS applique une stratégie de diffusion nationale dont ces documents de synthèse sont une des composantes. Cet accent mis sur l'évaluation (enseignements tirés systématiquement de l'expérience acquise dans le cadre des projets pilotes) et la diffusion (partage actif des résultats) était unique à cette échelle.

La plupart des projets nationaux ont été choisis par un comité intergouvernemental à la suite d'un appel de propositions public. Quant aux initiatives provinciales et territoriales, elles ont été soumises par les provinces et les territoires pour une approbation bilatérale avec le gouvernement fédéral. Pour les deux types de projets, des dossiers ont été présentés non seulement par des universitaires ou des

chercheurs travaillant en milieu hospitalier, mais aussi par des groupes non traditionnels, comme quelques organisations autochtones, des groupes communautaires et des régions sanitaires isolées. Des groupes qui avaient rarement, voire jamais, pensé recherche, données, évaluation et diffusion ont commencé à le faire, ce qui était de bon augure pour une meilleure compréhension et une meilleure collaboration entre les gouvernements, les organisations prestataires et les chercheurs. La participation des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans le processus de sélection a permis de s'assurer que les projets portaient sur des questions qui préoccupaient particulièrement chaque province ou territoire. De même, les thèmes traités étaient très variés et, dans l'ensemble, les projets n'en ont pas fait un examen définitif, ce qui n'était d'ailleurs jamais prévu.

Ce ciblage unique et ce processus de sélection particulier confèrent certaines caractéristiques à l'ensemble des projets du FASS. Ceux qui ont été financés représentent de bonnes idées qui ont été avancées, mais ils ne brossent pas un tableau complet de tous les problèmes et de toutes les solutions possibles dans chacun des thèmes traités. À cause des délais relativement courts, il n'a pas été possible de mener à bien beaucoup de projets louables, et les résultats sont préliminaires ou incomplets. Il faudra sans doute plusieurs années avant que l'on sache vraiment si certains projets ont fait une différence, et leur poursuite comme leur évaluation incombent à d'autres. Les leçons que l'on peut tirer des nombreux projets du FASS au sujet de la gestion du changement, en examinant les batailles et les défis qu'ils ont rencontrés dans la mise en œuvre et l'évaluation de nouvelles approches par rapport à des questions déjà anciennes relatives aux soins de santé, sont peut-être ce qu'il y a de plus précieux dans tout le processus.

Remerciements

L'auteur souhaite remercier Hollander Analytical Services Ltd. de l'aide qu'ils lui ont apportée dans la préparation du présent document. La série de synthèses du FASS a été demandée par Santé Canada et gérée par Hollander Analytical Services Ltd. Les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement la politique officielle des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

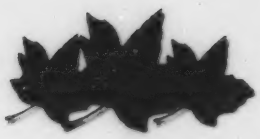

Table des matières

Condensé i
La santé des personnes âgées au Canada i

Préface iv
Nature unique des projets du FASS iv

Remerciements v

Table des matières vii

1. Contexte 1
   1.1 Profil socio-démographique 1
   1.2 La santé des personnes âgées 1

2. Aperçu des études du Fonds pour l'adaptation des services de santé sur la santé des aînés 4

3. Analyse des principales constatations 5
   3.1 Les soins à domicile pour les personnes âgées 5
   3.2 La prestation des services intégrés 9
   3.3 L'utilisation des médicaments chez les personnes âgées 14
   3.4 La santé des personnes âgées dans les régions rurales 16

4. Les ressources humaines et la santé des personnes âgées 17

5. Les dimensions intersectorielles de la santé des personnes âgées 18

6. Conséquences pour les politiques et la pratique : la santé des personnes âgées 19
   6.1 Questions fondamentales concernant les soins à domicile fournis aux aînés 19
      6.1.1 Orientation, structure et organisation des services 19
      6.1.2 Financement des services de soins à domicile 20
      6.1.3 Dotation en personnel et formation en soins à domicile 20
      6.1.4 Les personnes âgées : clients des services de soins à domicile 20
      6.1.5 Ressources pour améliorer les soins à domicile fournis aux aînés 20
   6.2 Questions fondamentales concernant les services intégrés fournis aux aînés 21
      6.2.1 Rôles du personnel soignant dans la prestation des services intégrés aux aînés 21
      6.2.2 Rôle des médecins, à titre d'agents principaux dans la réforme du système 21
      6.2.3 Ressources pour améliorer l'intégration des services fournis aux aînés 21
      6.2.4 Financement des projets d'intégration des services 21
   6.3 Questions fondamentales concernant l'assurance-médicaments et la santé des aînés 22
   6.4 Questions fondamentales sur la santé des aînés dans les régions rurales 22
   6.5 Conséquences du processus de recherche du FASS pour les politiques 23

7. Conclusions 23

Ouvrages de référence 26

Annexe A : Liste des projets du FASS touchant la santé des personnes âgées

1. Contexte

1.1 Profil socio-démographique

Le Canada compte un peu plus de 30 millions d'habitants, dont 3,7 millions (environ 12 p. 100 de la population) ont plus de 65 ans. Ce chiffre devrait passer à cinq millions (14 p. 100 de la population) d'ici 2011. On estime que les personnes âgées constitueront 18 p. 100 de la population d'ici 2025 (Moore & Rosenberg, 1997). Ce sont là des proportions sensiblement plus faibles qu'en Europe de l'Ouest, aux États-Unis et au Japon, la population canadienne étant relativement plus jeune que celle d'autres pays industrialisés avancés.

Au Canada, à l'heure actuelle, l'espérance de vie à la naissance est de 75 ans pour les hommes et de 81 ans pour les femmes (McPherson, 1998). Ces chiffres varient suivant les régions du pays, mais les citadins des grands centres vivent en moyenne un an de plus que les habitants des petites villes ou des régions rurales (Dumas et Bélanger, 1997). À 65 ans, l'espérance de vie est de 16 ans pour les hommes et de 20 ans pour les femmes; à 80 ans, les hommes peuvent espérer vivre un peu plus de sept ans, et les femmes, un peu plus de neuf ans (McPherson, 1998). Cependant, chez les hommes et les femmes des Premières nations du Canada, l'espérance de vie est réduite de sept ans par rapport à la moyenne globale du pays.

Environ 7 p. 100 des Canadiens et des Canadiennes âgés de 65 ans ou plus vivent dans un établissement quelconque de soins prolongés (Statistique Canada, 1999), mais à peu près 35 p. 100 de ceux qui ont 85 ans ou plus y résident. En d'autres mots, on peut dire que 93 p. 100 des aînés du Canada vivent chez eux; même après 85 ans, quel que soit le moment considéré, 65 p. 100 des gens du quatrième âge vivent dans leur collectivité. Toutefois, ces chiffres varient considérablement d'une province et d'un territoire à l'autre du Canada.

Le nombre et la proportion des personnes d'âge avancé (75 ans ou plus) augmentent rapidement. Si on s'intéresse à la santé des aînés, aux fins de la politique nationale, c'est notamment parce que l'on craint que le vieillissement de la population exerce des pressions sur les ressources du régime de santé, en raison du degré d'utilisation des hôpitaux et d'autres services de santé par les aînés (Lassey, Lassey, & Jinks, 1997). Toutefois, les questions concernant la santé des aînés et leurs recours aux services de santé, sous leur forme actuelle, sont extrêmement complexes.

1.2 La santé des personnes âgées

Chez les personnes âgées, le taux de maladies aiguës et chroniques est très élevé, et il existe beaucoup de différences quant à la disponibilité des soins de santé et quant à la réaction face à la détérioration de l'état de santé. Certaines de ces différences s'expliquent par les modes de vie passés et courants et par des facteurs environnementaux (vie en milieu rural plutôt qu'en ville; pollution; quantité d'exercices; consommation d'alcool, de tabac ou de médicaments; alimentation). D'autres ont un lien plus direct avec la cohorte d'âge, l'hérédité ou des caractéristiques telles que la race ou l'origine ethnique, le sexe, le degré d'instruction, le statut socio-économique, l'état civil et le revenu (McPherson, 1998).

Par conséquent, l'état de santé des aînés varie beaucoup. Chez certains, il se détériore dans la soixantaine, et les personnes passent alors beaucoup de temps dans les rouages du système des soins de santé, tandis que d'autres conservent une santé comparativement bonne et un niveau élevé de bien-être physique passé 80 ou 90 ans et meurent finalement après une courte maladie. Outre que les besoins en services varient, l'accès des aînés aux soins de santé n'est pas toujours le même. De nombreuses personnes âgées vivent là où toute une gamme de services de santé leur sont offerts, mais d'autres (surtout dans les régions rurales et éloignées du Canada) n'ont pas cet avantage. Certaines, qui vivent là où on leur offre un large éventail de services, n'en profitent pas en raison de leurs propres convictions en matière de santé, parce qu'elles connaissent mal les grandes bureaucraties

complexes et n'arrivent pas à négocier avec elles, et à cause de la nature et de l'accessibilité des services. Certains services sont facilement accessibles par l'intermédiaire d'un médecin de famille; dans d'autres cas, la personne âgée peut ne pas être au courant d'un service existant qui correspondrait bien à ses besoins, ou penser qu'il ne lui est pas accessible. Il arrive aussi que le service ne lui soit pas inaccessible pour des raisons aussi simples que le manque de transport ou des obstacles linguistiques. Tous ces facteurs déterminent la façon dont les aînés utilisent (ou n'utilisent pas) les services de santé.

Au stade de l'âge d'or, la maladie est plus souvent chronique qu'aiguë. Or, notre régime de soins de santé, qui met essentiellement l'accent sur les soins hospitaliers de courte durée, se soucie relativement peu d'aider les aînés à faire face aux maladies chroniques inhérentes au vieillissement, par exemple les maladies cardiaques et l'hypertension, les problèmes respiratoires et l'arthrite (Chappell, 1996). De plus, de nombreux aînés disent être aux prises avec plusieurs problèmes de santé permanents (co-morbidité), bien que la présence de plus d'une maladie chronique n'entraîne pas nécessairement une réduction de l'activité ou une incapacité fonctionnelle à court terme. On estime qu'environ 18 p. 100 des personnes âgées de 65 à 79 ans, 22 p. 100 de celles qui sont âgées de 80 à 84 ans, et 40 p. 100 de celles qui ont 85 ans ou plus souffrent de maladies chroniques qui limitent leur activité (Moore & Rosenberg, 1997).

En raison de leur état de santé chronique et maladif, on prescrit aux personnes âgées toutes sortes de médicaments. Les aînés constituent 12 p. 100 de la population canadienne, mais ils consomment de 28 à 40 p. 100 des médicaments d'ordonnance (Shapiro et Havens, 2000). En moyenne, ils utilisent entre 3,2 et 4,5 médicaments d'ordonnance par an, et cette moyenne augmente considérablement avec l'âge. Cependant, des études rigoureuses ont montré que, même si le taux d'utilisation des produits pharmaceutiques dans certains groupes d'âge ont augmenté au cours des 40 dernières années, un examen plus approfondi révèle que cette tendance correspond dans une large mesure à une inflation des prix plutôt qu'à une utilisation accrue (Evans, McGrail, Morgan, Barer et Hertzman, 2001, p. 167). Des recherches canadiennes poussées, en particulier celles de Tamblyn et de ses collègues (2000), ont mis en évidence la complexité du dossier de l'utilisation des produits pharmaceutiques par les aînés. Le coût croissant des médicaments, les mauvaises pratiques en matière de prescription, l'observation laxiste des traitements et le manque de communications efficaces entre les personnes âgées et les médecins ou les pharmaciens sont autant de facteurs dont il faut se préoccuper. Le coût des produits pharmaceutiques est celui qui augmente le plus vite dans le régime des soins de santé, ce qui amène Shapiro et Havens (2000) à souligner que la mauvaise utilisation des médicaments chez les personnes âgées et l'observation approximative des traitements – deux situations qui aboutissent à d'autres séjours à l'hôpital et à des visites chez le médecin quand les malades cessent de prendre leurs médicaments ou en réduisent la dose – sont devenus des problèmes importants. Les effets de la publicité directe des sociétés pharmaceutiques auprès des consommateurs sur le coût des traitements ambulatoires, sur celui des médicaments, voire sur celui des conséquences nuisibles des médicaments, demeurent largement inconnus, malgré leur importance (Shapiro et Havens, 2000). Cela confère à la consommation des produits pharmaceutiques une actualité toute particulière dans le contexte de la santé des personnes âgées au Canada.

Les personnes âgées menacées par une réduction ou une perte de leur indépendance ont besoin d'un ensemble complexe de services sociaux et de soins de santé des organismes communautaires, des hôpitaux et des établissements de soins prolongés. Ces services sont souvent fragmentés et ne sont guère intégrés, de sorte que chaque secteur du système répond à un ou à plusieurs des besoins de santé complexes de la personne, mais pas à tous. Il est rare que la personne soit traitée comme une entité. Nombreux sont les faits prouvant que cela entraîne une hausse du nombre d'hospitalisations de courte et de longue durée et des séjours dans les établissements de soins prolongés. Il s'agit là non seulement des ressources les plus coûteuses, mais ce sont aussi des soins du genre de

ceux que les aînés affectionnent le moins (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1989).

« Une bonne partie de la recherche fondamentale sur les soins de santé et le vieillissement au Canada a porté sur la question de la mesure dans laquelle les aînés ont des problèmes de santé plus nombreux et (ou) font augmenter le coût des soins. » (McDaniel et Chappell, 1999, p. 124.) Nous savons que les personnes âgées recourent beaucoup au système des soins de santé au Canada (Rosenberg & James, 2000). Toutefois, les faits ne corroborent pas l'hypothèse selon laquelle les aînés utilisent les services de santé improprement ou qu'ils abusent du système. L'utilisation de l'expression « monopolisateurs de lits » (*bed blockers*) et l'affirmation fréquente que les problèmes du système sont dus tout simplement à l'augmentation du nombre de personnes âgées sont incorrectes et non fondées. Elles persistent malgré les efforts acharnés et scientifiquement rigoureux des analystes du vieillissement et de l'utilisation des services de santé, dont les travaux montrent que c'est la façon dont les services sont assurés aux aînés, et non les besoins des aînés au Canada en matière de soins de santé, qui pose un problème (voir Evans et coll., 2001; Rosenberg et James, 2000; Shapiro et Havens, 2000). On a employé l'expression « démographie apocalyptique » pour désigner la persistance de ces mythes associés au vieillissement de la population, et la question a fait l'objet de nombreux débats récents parmi les chercheurs en gérontologie au Canada (Evans et coll., 2001; Gee et Gutman, 2000).

Dans le contexte de la restructuration continue du système de santé, les soins demeurent surtout axés sur des aspects des soins aigus qui ne correspondent pas nécessairement aux caractéristiques, à l'état et aux besoins des personnes âgées. Les recherches faites en gérontologie au Canada ont toujours montré qu'une importante lacune du régime officiel des soins de santé résidait dans son incapacité de répondre aux besoins des aînés souffrant d'une maladie chronique (Chappell, 1988). Pour de nombreux aînés, le problème ne se rapporte pas tant à la présence (ou à l'absence) d'une ou de plusieurs maladies chroniques, mais bien à la mesure dans laquelle leur capacité de fonctionner est réduite. Afin de cerner les divers facteurs susceptibles de se combiner pour gêner ou limiter le fonctionnement de la personne, il importe de définir la santé au sens large. La définition aurait des volets économique, social, psychologique et médical (Chappell, 1988, p. 78). Dans ce contexte, il convient de souligner que de nombreux projets sur la santé des personnes âgées, financés par le FASS, avaient pour but de trouver des façons de prévoir les besoins complexes d'une population vieillissante, d'y répondre et de coordonner et d'intégrer la gamme des services que les aînés reçoivent, tant en milieu communautaire qu'en milieu hospitalier.

Aucun profil de la santé des personnes âgées ne serait complet sans la mention du rôle particulièrement important des soins communautaires, un aspect du système des soins de santé au Canada qui est relativement passé sous silence. Encore une fois, ce n'est pas par hasard que bon nombre de projets financés par le FASS abordent cette réalité, en mettant aussi bien l'accent sur les services à domicile et les services communautaires que sur la relation existant entre les services hospitaliers et les services que les personnes âgées reçoivent chez elles, après leur sortie de l'hôpital. Les données exposées dans la Partie 1.1 éclairent d'une façon essentielle ce tableau; malgré l'éventail des maladies chroniques et les handicaps fonctionnels gênant de nombreux aînés, au moins 93 p. 100 d'entre eux vivent dans la collectivité, au Canada; même après l'âge de 85 ans, au moins 65 p. 100 demeurent dans leur collectivité, quel que soit le moment considéré, bien que bon nombre doivent passer du temps à l'hôpital ou dans un établissement à un moment donné avant leur mort. Avec cette réalité pour toile de fond, les études sur la santé des personnes âgées que le FASS a financées ont principalement mis l'accent, comme il convenait de le faire, sur l'amélioration de la coordination et de la communication entre les divers services utilisés par les aînés vivant à domicile.

2. Aperçu des études du Fonds pour l'adaptation des services de santé sur la santé des aînés

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé a financé 25 projets se rapportant à la santé des personnes âgées (voir l'annexe A). Les sommes ont atteint un total de 7 357 885 $. Elles ont financé de petits projets, dont une étude de 35 000 $ sur les points de vue des malades et de leur famille sur les services de consultation psychiatrique externes pour les personnes âgées déprimées (QC428), de grandes analyses sur les soins en milieu hospitalier et à domicile prodigués à des clients âgés dans une région géographique donnée (SK124, 242 888 $), et de vastes initiatives portant sur la mise sur pied et le lancement de modèles de soins intégrés à l'échelle du système (QC 404, 2 798 781 $).

Ces projets correspondent aux domaines d'étude prioritaires des chercheurs en gérontologie et en gériatrie au Canada (et dans le monde) et aux tendances observées par les groupes de défense des aînés, tels que le Conseil consultatif national sur le troisième âge. Par conséquent, 14 (56 p. 100) des 25 projets financés par le FASS au sujet de la santé des aînés ont porté sur des aspects des soins à domicile. Cela met en évidence l'importance relative des soins communautaires dans la prestation des services aux personnes âgées (voir la Partie 1.2). De même, la prestation de services intégrés a été l'objet de dix (40 p. 100) des projets. Ceux-ci ont mis l'accent sur les mécanismes permettant de réduire la fragmentation et le chevauchement des services utilisés par les aînés et sur la facilitation du processus permettant aux personnes âgées, à leur famille et aux fournisseurs de soins de collaborer ou d'établir des partenariats afin de s'occuper des aînés ayant besoin de soins prolongés (Penning & Keating, 2000, p. 76).

D'autres thèmes de recherche, par exemple le rôle de l'assurance-médicaments dans le contexte de la santé des aînés, la santé des habitants des régions rurales, les soins primaires et la santé mentale, ont également été abordés dans les rapports. Toutefois, la synthèse est axée sur quatre grands thèmes de recherche : les soins à domicile, l'intégration des services fournis, l'assurance-médicaments et la santé dans les régions rurales. Certes, les soins primaires font l'objet de deux projets (l'un d'eux concerne la santé dans les régions rurales, et l'autre, l'assurance-médicaments), mais ils ne constituent pas un des grands axes de la recherche sur la santé des personnes âgées en soi; ils sont plutôt considérés comme un des éléments de la gamme des soins assurés aux aînés dans le cadre d'un système de services de santé intégrés. Par conséquent, l'étude de ces rapports fait partie de la synthèse des projets sur la prestation des services intégrés. De même, bien que la santé mentale fasse l'objet de deux rapports, ceux-ci portent essentiellement sur l'intégration des services, de sorte que la synthèse de ces petits projets est présentée sous ce thème de recherche.

Dans la synthèse de ces rapports, des préoccupations communes se sont manifestées, quel que fût le thème de recherche. Dans les projets axés sur les soins à domicile, sur l'intégration des services, sur l'assurance-médicaments et sur la santé dans les régions rurales, la question des ressources humaines (dotation, formation, rémunération et charges de travail) revient à maintes reprises, tout comme les problèmes de financement, avec un renvoi précis au coût des services fournis non seulement par le système des soins de santé, mais aussi par des personnes âgées et leur famille. Le rôle clé des médecins, en leur qualité d'agents principaux de la réforme du système, est souvent évoqué dans les projets se rapportant aux quatre grands thèmes. La nécessité de normaliser les outils et les protocoles d'évaluation est mentionnée fréquemment, que ce soit dans le contexte des soins à domicile, de l'intégration des services ou de l'assurance-médicaments.

3. Analyse des principales constatations

3.1 Les soins à domicile pour les personnes âgées

On peut décrire la prestation des services de santé aux personnes âgées comme étant un « continuum de soins ». Celui-ci comprend la gamme complète de services et le support dont les aînés ont besoin pour demeurer en santé et améliorer leurs capacités fonctionnelles, depuis ceux qui leur sont fournis chez eux (ce qui comprend l'autogestion de la santé et l'entraide[1], la promotion de la santé, de même que la prévention des maladies et des accidents), jusqu'aux soins chroniques et aigus, y compris les soins subaigus et la réadaptation, et aux soins palliatifs. Dans le contexte de la prestation des services de santé aux personnes âgées, on fait souvent allusion au continuum des soins quand on parle de la recherche et des études gérontologiques au Canada; le fait que les projets financés par le FASS y accordent tant d'attention montre bien à quel point ce continuum est important pour la santé des aînés.

Au début, les programmes de soins à domicile visaient à offrir des services à orientaton médicale et à réduire la durée des séjours à l'hôpital. Ils n'étaient pas perçus comme des façons de traiter les personnes ayant besoin de soins chroniques ou prolongés (règle générale, des personnes âgées) ou de les aider à rester dans la collectivité. En passant en revue l'historique de ces programmes, Chappell (1988) fait observer qu'ils se sont développés durant le milieu et à la fin des années 70 et qu'une définition large des services a alors pris forme. Les soins à domicile ont fini par devenir un service en soi plutôt qu'un moyen de raccourcir les séjours à l'hôpital. Ces services sociaux, axés surtout mais non exclusivement sur les personnes âgées, sont peu à peu devenus des ajouts nécessaires aux services médicaux. On a accepté la nécessité de les coordonner avec d'autres services de santé (Chappell, 1988), et cela transparaît dans les documents du Groupe de travail fédéral-provincial sur les soins de santé mis sur pied en 1974 par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Aujourd'hui, les personnes âgées estiment, pour la plupart, que les soins à domicile forment un volet nécessaire du continuum des soins qui leur sont prodigués en fonction de leurs besoins. Dans les évaluations internationales sur les soins à domicile, on mentionne souvent les services qui permettent aux aînés de rester chez eux le plus longtemps possible (Chappell, 1988). Toutefois, notre système formel de soins de santé est axé sur les services dispensés par les médecins et les établissements plutôt que sur les soins communautaires à long terme. Or, la société accepte en général que les services hospitaliers et médicaux sont plus importants que les services communautaires et de soutien, ce qui fait obstacle à l'affectation de ressources aux soins à domicile pour les personnes âgées au Canada. Ces derniers services sont généralement perçus comme des ajouts à un système déjà onéreux (Chappell, 1988).

Malgré la variabilité des mesures d'une province à l'autre, qui réduit la comparabilité des données, on estime que seulement de 2 p. 100 à 5 p. 100 des budgets provinciaux sont consacrés aux soins communautaires [Données de Santé Canada 1998, citées dans Shapiro et Havens, 2000]. Les soins de santé constituent un élément important du partenariat entre les soins auto-administrés,

1. L'Organisation mondiale de la santé (1983) définit ainsi l'autogestion de la santé : les activités auxquelles les individus, les familles et les collectivités s'adonnent afin d'améliorer et de rétablir leur santé, de prévenir les maladies et d'en réduire l'étendue. Ces activités découlent du savoir et des compétences issus de l'expérience professionnelle et profane accumulée; les personnes les font en leur propre nom, soit séparément ou en collaboration avec des professionnels (voir Morrongiello et Gottlieb, 2000). D'un autre côté, le mot entraide désigne l'auto-assistance et l'aide réciproque que s'accordent les membres de groupes de soutien ou des personnes liées entre elles par des rapports informels (Gottlieb, 2000).

les soins non constitués et les soins formels dispensés aux aînés dans la collectivité.[2] En fait, de nombreuses recherches gérontologiques faites au Canada montrent qu'il existe déjà des partenariats actifs entre les programmes de soins communautaires et leurs responsables, les clients et les aidants naturels, et qu'accroître la disponibilité des ressources professionnelles n'entraîne pas le retrait ou la réduction des soins auto-administrés ou des soins prodigués par des aidants naturels (Shapiro et Havens, 2000, p. 181). Penning et Keating (2000) citent des preuves convaincantes montrant que les aidants naturels (comme on les appelle dans la documentation européenne) continuent de s'occuper beaucoup des aînés ayant beson d'aide dans leur collectivité. Ils savent aussi que les partenariats entre ces aînés, leurs aidants naturels et les prestateurs de services professionnels existent déjà, et que la prestation de ces derniers comme telle n'encourage pas les aidants naturels à réduire leur participation ou à y mettre fin. En fait, les services professionnels, ou formels, ajoutent et font complément aux soins auto-administrés et aux soins assurés par les aidants naturels.

Au Canada, dans le continuum des soins destinés aux personnes âgées, les soins à domicile prennent une place de plus en plus importante dans le contexte de la réforme du régime des soins de santé. Par exemple, à Toronto, dans 80 p. 100 des cas, on a maintenant tendance à accorder une sortie plus rapide de l'hôpital et à exécuter la majorité des opérations chirurgicales en clinique externe (Deber et Williams, 1995). Cela entraîne la nécessité non seulement de soins à domicile répondant aux besoins des aînés souffrant de maladies chroniques, mais aussi de soins à domicile communautaires pour faire suite aux soins aigus assurés à l'hôpital (McDaniel et Chappell, 1999, p. 129).

Libérer quelqu'un rapidement de l'hôpital comporte un désavantage : avant que les nouveaux clients des soins à domicile aient amorcé leur réadaptation, ils se sont affaiblis davantage et dépendent encore plus des soins. Il est difficile et coûteux pour les thérapeutes en réadaptation et les clients de modifier les comportements de dépendance. Les services de réadaptation actuels tendent à être réactifs et mettent l'accent sur le traitement du problème le plus évident et le plus pressant, au lieu d'être proactifs et d'accorder la priorité à des changements durables des comportements en matière de santé. Cependant, si les objectifs de réadaptation sont fixés au moment où la personne est confiée aux services de soins à domicile, les clients sont plus susceptibles de retrouver leur indépendance et risquent moins d'avoir besoin de services continus.

Ce point est illustré dans le projet *Incidence et coûts d'une intervention précoce de promotion de la santé et de réadaptation chez un public âgé nécessitant des soins à domicile* (NA1007); dans le cadre de ce projet, des ergothérapeutes et des physiothérapeutes ont exécuté (ils en ont aussi évalué l'efficacité et l'efficience) une intervention précoce de promotion de la santé et de réadaptation auprès de clients libérés d'un établissement de soins actifs et renvoyés à des services de soins à domicile, qui offraient notamment des services de ménage et/ou des soins infirmiers. Les thérapeutes ont encouragé les comportements et les adaptations environnementales qui ont optimisé les capacités fonctionnelles et l'autonomie de leurs clients. Les analyses préliminaires des données sur 160 des 201 participants à ce projet montrent que les services de réadaptation ont amélioré les capacités fonctionnelles des clients dans le contexte des activités quotidiennes (selon les mesures du Philadelphia Geriatric Centre Instrumental Activities of Daily Living Scale), comparativement au groupe témoin; les premiers résultats prouvent l'avantage d'une intervention précoce de réadaptation dans le cas des adultes âgés. Cependant, ces conclusions pourraient changer une fois que seront connus les

2. Les soins ou le soutien fournis à domicile ou dans la collectivité par la famille, les voisins ou des bénévoles. Ce genre d'assistance peut prendre diverses formes : offrir de la compagnie à quelqu'un; aider au transport, au magasinage ou à l'entretien domestique; ou même fournir des soins personnels (aider la personne à prendre son bain ou à s'habiller, par exemple), à mesure que les besoins changent (McPherson, 1998). Le soutien ou les soins dits « formels » sont des soins payés, fournis par des professionnels dûment formés (santé et services sociaux), souvent après une évaluation des besoins en soins par un organisme officiel. À titre d'exemple, citons les services fournis par les prestateurs de soins à domicile, le personnel infirmier, les physiothérapeutes et les médecins.

résultats définitifs fondés sur l'observation de tous les participants au projet.

Une grande partie des travaux réalisés en gérontologie et en gériatrie attestent la conviction qu'ont les cliniciens, les chercheurs et les personnes âgées elles-mêmes que la meilleure façon de faire face au déclin physique associé au vieillissement consiste à recourir à des services communautaires qui encouragent l'autonomie, l'entraide ou l'auto-assistance et la promotion de la santé. Plusieurs projets financés par le FASS ont mis l'accent sur les moyens d'améliorer la prestation de genres particuliers de services dans le continuum des soins; au moins trois de ces projets ont porté expressément sur les soins à domicile, notamment sur la façon dont se fait l'attribution des cas aux aides à domicile et la manière dont ces dernières sont payées.

Dans le cadre du *Projet d'essai et d'évaluation d'un programme de soins regroupés* (BC122), les chercheurs ont mis à l'essai une formule d'aide des aînés à domicile, fondée sur le travail d'équipe et un horaire souple; c'était une solution de rechange à l'attribution de cas individuels à un travailleur donné faisant des visites à heures fixes. En vertu du programme pilote, des équipes d'aides à domicile, plutôt que des travailleurs individuels, assuraient des services à des « groupes » de clients vivant dans des immeubles résidentiels pour personnes âgées. Il s'agissait par là de voir si des visites plus courtes et plus fréquentes amélioreraient la qualité et l'efficacité des services, tout en favorisant l'indépendance des clients. L'équipe tenait des réunions hebdomadaires; elle examinait alors des cas, discutait des situations instables, réglait des problèmes et planifiait les soins. Le projet a montré que les soins regroupés convenaient bien à la majorité des clients, en particulier à ceux qui vivaient dans de grands ensembles d'habitation et qui bénéficiaient de plusieurs heures de soutien à domicile. Le coût a augmenté légèrement, mais cela a été largement compensé par le degré élevé de satisfaction des clients, des aidants naturels et des fournisseurs de soins professionnels, et par la conviction qu'avaient les clients que les services étaient accessibles (les fournisseurs de soins étaient visibles dans l'immeuble, et les clients savaient comment les joindre quand il le fallait) et qu'ils répondaient à leurs besoins (il était possible de surveiller de plus près les clients à risque grâce aux visites fréquentes, ce qui leur permettait de rester chez eux). Vu la réussite de ce projet, on pense que la formule pourrait être appliquée dans les grands ensembles d'habitation partout dans le pays. Ces constatations revêtent une pertinence particulière dans le contexte de l'analyse des données administratives faites à la faveur du projet *Une étude exploratoire de l'incidence à long terme des soins à domicile sur la clientèle âgée* (SK101). Ce projet montre le rôle important que peut jouer le logement des personnes âgées dans le continuum des soins, parce qu'elles cernant les questions clés qu'il conviendrait d'étudier davantage. Les conclusions sont particulièrement utiles.

Le projet *Évaluation d'un modèle de prestation de services aux aînés en perte d'autonomie* (BC123) a fourni des données supplémentaires sur les autres moyens de financer le recours à des aides à domicile et d'intéger les services de soutien à domicile à l'ensemble du continuum des soins. Il s'agissait d'une expérience de six mois portant sur la prestation de soins à domicile intégrés à des aînés en perte d'autonomie ou fragiles. Ceux-ci ont été régulièrement suivi en permanence par un coordonnateur des soins ayant une formation en sciences infirmières et une charge considérablement réduite (au maximum, 25 personnes âgées fragiles, au lieu de la charge normale de 150 à 200 clients); en outre, un aide à domicile payé, dont l'horaire était souple, leur assurait des services réguliers, en fonction de l'évolution de leurs besoins propres. Les participants avaient aussi accès à des services de réadaptation dépassant la norme, à un programme d'activités de jour (qui n'a pas été bien utilisé), à une thérapie axée sur les loisirs ainsi qu'à des équipes de services de santé mentale et d'intervention auprès des personnes âgées. À des conférences bihebdomadaires régulières, l'équipe interdisciplinaire discutait de chaque cas, et l'aide à domicile payé y assistait à titre de membre de l'équipe.

Le projet BC123 a montré que, s'ils étaient salariés et non payés à l'heure, les aides à domicile avaient plus de souplesse pour décider de la durée de leur visite

en fonction de l'évolution des besoins du client, et plus de temps pour participer aux réunions d'analyse des cas et pour s'entretenir directement avec le personnel clinique. En outre, le projet a révélé que ce genre de formule de financement, qui va en général de pair avec un roulement réduit du personnel, favorise le maintien des effectifs en aides à domicile. Par ailleurs, on sait bien qu'au lieu de voir de nouveaux visages défiler devant eux, les personnes âgées préfèrent la continuité qu'offre un fournisseur de services qu'elles connaissxent bien. Cet aspect a sans doute été particulièrement vital dans le contexte du projet BC123, car 56 p. 100 des aînés traités n'avaient aucun aidant naturel. En six mois, le coût total des services prodigués au groupe traité a atteint 7 367 $ par client, comparativement à 11 279 $ dans le cas du groupe de référence, sans grandes différences entre l'état de santé des clients et des fournisseurs de soins des deux groupes. Les membres du groupe traité ont passé beaucoup plus de temps à domicile et ont été plus susceptibles de profiter des organismes communautaires et des programmes de loisirs que ceux de l'autre groupe.

Les conclusions issues du projet *Meilleure gestion des cas de démence* (BC124) corroborent également la nécessité d'un renforcement de la gestion des cas et celle d'une continuité de la relation entre le client et son aide à domicile. L'éducation et des sessions didactiques à l'intention des gestionnaires de cas, des surveillants du soutien à domicile et des aides à domicile dans les régions rurales ont entraîné un accroissement des renvois aux organismes de soutien communautaires, et l'on s'attend à une réduction du nombre des hospitalisations pour démence et des crises médicales et familiales chez les personnes prenant soin d'un aîné atteint de démence.

Bon nombre de projets sur les soins à domicile ont porté sur les ressources humaines. La Partie 4.0 résume les constatations faites à cet égard, mais le projet *Impact du Guichet Unique en CLSC : Utilisation des services et vécu des intervenants* (QC101) a montré que les aspects relatifs aux relations humaines revêtaient une pertinence particulière lorsqu'il s'agissait d'évaluer la réussite de l'intégration des services dans le continuum des soins, et nous en parlerons donc ici. Le projet QC101 avait pour but de décrire et d'évaluer l'incidence (sur la structure et l'organisation de la charge de travail et sur la répartition des services) et la mise en œuvre d'un système à point d'entrée unique et de voir dans quelle mesure il encourageait les clients âgés à rester chez eux. Cette formule avait été choisie pour les centres locaux de services communautaires (CLSC) à Montréal à la fin de 1996. Des entrevues menées auprès de 93 gestionnaires de cas et un examen des dossiers de 685 malades ont révélé que ce régime à point d'entrée unique avait suscité des critiques de la part des praticiens pour les raisons suivantes : augmentation de leur charge de travail et du nombre de leurs tâches; plus grand nombre de clients à servir; de nouvelles exigences à respecter et de nouvelles formalités à remplir; moins de temps pour exécuter toutes ces tâches. Le personnel infirmier était particulièrement affligé par le peu d'intérêt manifesté par les médecins pour la formule à point d'entrée unique et par leur refus de fournir les renseignements nécessaires. De toute évidence, aucun mode de prestation de services intégrés aux personnes âgées ne réussira si les professionnels de la santé ne contribuent pas à la réalisation des objectifs et si le processus les surcharge inutilement.

Les études financées par le FASS au sujet de la santé des personnes âgées ont surtout porté sur les services de santé fournis à domicile par des travailleurs communautaires, mais il y a également eu d'autres études sur la prestation de ces services à d'autres points du continuum. Dans le projet *Soins hospitaliers et soins à domicile pour les personnes âgées de Saskatoon* (SK124), on a suivi les admissions de 967 malades âgés de 75 ans ou plus dans trois hôpitaux de Saskatoon au cours de neuf mois. L'étude présente un tableau complet de la progression des aînés dans le système hospitalier d'une ville jusqu'au placement en maison de soins, et elle renseigne en particulier sur le nombre de jours ANS (11,8 p. 100) qu'ils ont accumulés. Il s'agit des jours où ces personnes ont occupé un lit dans un hôpital de soins actifs alors qu'un autre niveau de soins (ANS) – en général, des

soins à domicile – aurait fait l'affaire. Les personnes ayant une déficience intellectuelle ont accumulé beaucoup plus de jours ANS que les autres. Le rapport entre l'utilisation impropre de l'hospitalisation, le rôle de la planification des sorties et l'accès à des services d'aide à domicile a particulièrement été mis en évidence dans les conclusions de cette étude. Ainsi, les femmes âgées de plus de 80 ans, qui avaient une déficience intellectuelle et un profil confinant à l'incapacité et qui avaient reçu des soins à domicile avant leur hospitalisation accumulaient beaucoup plus de jours ANS que les autres malades. Comme l'étude le souligne, si l'on évalue et cerne ces caractéristiques au moment de l'admission, on peut mieux mettre en œuvre des plans de sortie appropriés et organiser le recours à un service de soins à domicile.

Cette étude présentait un autre aspect utile, du fait qu'elle comprenait des données sur le coût des soins hospitaliers post-actifs subi non seulement par le système de soins de santé, mais aussi par les malades et leur famille. L'étude a aussi souligné le rôle des personnes âgées et de leur famille, à titre de partenaires dans le continuum des soins; toutefois, elle a été une des seules à prendre en compte et à évaluer les conséquences des problèmes qu'ont été l'accumulation de jours ANS et la sortie des personnes de l'hôpital sans qu'un accès approprié à des services d'aide à domicile ait été prévu, tant pour les malades mêmes, que pour leur famille.

Dans l'ensemble, dans les 14 projets qui ont porté sur les services de soins à domicile et sur la santé des personnes âgées, les chercheurs ont cerné toute une série de questions, dont les suivantes : l'orientation, la structure et l'organisation des services; le financement de ces services; la dotation en personnel et la formation en soins à domicile; les caractéristiques particulières des aînés à titre de clients des services de soins à domicile; les ressources nécessaires pour améliorer ces services aux personnes âgées. Les conséquences fondamentales de chacun de ces aspects font l'objet de la Partie 6.1.

3.2 La prestation des services intégrés

La prestation des services intégrés, les points d'accès uniques et la transition coordonnée et uniforme dans le continuum des soins, voilà autant d'atouts jugés essentiels pour assurer toute une gamme de services destinés à répondre aux besoins des personnes âgées en matière de santé. La réforme actuelle du régime des soins de santé au Canada poursuit le double objectif suivant : réduire le chevauchement et la fragmentation des services (McWilliam, Diehl-Jones, Jutai, et Tadrassi, 2000). À cause de la prolifération des programmes individuels de promotion de la santé et de prévention, et d'autres aussi, les aînés ne savent pas trop quel programme choisir ni quel serait celui qui répondrait le mieux à leurs besoins.

Les rapports rédigés sur les projets du FASS contiennent des exemples précis de cette confusion et de sa conséquence : les aînés n'utilisent pas judicieusement et efficacement les services. Les projets qui portaient sur la prestation des services intégrés visaient à éliminer ou à réduire la fragmentation et, dans certains cas, le chevauchement des services. Pour cela, les chercheurs ont élaboré et évalué des mécanismes qui réunissaient les personnes fournissant les services à une personne âgée donnée. Cette « intégration » pouvait être aussi ciblée que la communication entre un médecin et un pharmacien (ON221), entre un spécialiste de la santé mentale et un intervenant dans les services d'aide (PE121), ou entre divers professionnels de la santé et les planificateurs des sorties dans un service d'urgence (QC429).

D'autres projets ont mis l'accent sur la prestation des services intégrés à des stades particuliers du continum, par exemple au moment de la sortie de l'hôpital ou du service d'urgence, ou dans le contexte de la réception des soins à domicile. La recherche a notamment porté sur le rapport critique entre l'hôpital et le domicile au moment de la sortie. Par exemple, le projet *Impact de l'infirmier(ère) coordonnateur(trice) de congé au département d'urgence sur le succès des congés des patients âgés* (QC429) a abouti à la création du poste de coordonnateur des congés. Comme le nom l'indique, le titulaire a été chargé de

coordonner les congés des malades âgés du service d'urgence pour qu'ils se rendent soit chez eux, soit dans une résidence pour aînés. Cette étude a comporté l'intervention d'un(e) infirmier(ère) spécialisé(e) auprès des malades à risque. En général, quand les personnes âgées obtiennent leur congé de l'hôpital, elles ont des plans de traitement complexes ainsi que des ordonnances nouvelles ou modifiées; d'habitude, c'est le service des soins actifs d'urgence qui signe les documents de sortie, et il n'y a aucun suivi pour savoir comment le traitement donné dans la communauté évolue ou quels problèmes risquent de surgir. Dans le cadre de ce projet, l'infirmier coordonnateur des congés est demeuré en contact avec les malades après leur sortie de l'hôpital, et il y avait une ligne téléphonique attitrée qui permettait à ces derniers de communiquer directement avec l'infirmier pour lui parler de leurs tracas de la semaine, après la sortie. Trois infirmiers(ères) se partageaient le poste, de sorte qu'un coordonnateur était accessible en soirée et pendant les week-ends. Dans le rapport, on lit que les coordonnateurs étaient la présence constante assurée au malade, depuis l'admission jusqu'au moment de la sortie.

Le nombre de personnes revenant à l'hôpital sans rendez-vous a diminué considérablement; il a fléchi de 27 p. 100 au cours de la première semaine suivant la sortie, et de 19 p. 100, après deux semaines. Au bout d'une semaine, les personnes qui entretenaient des rapports avec le coordonnateur des congés étaient plus nombreuses à respecter leur ordonnance et à se sentir bien. Ces différences existaient malgré la fragilité des aînés du groupe suivi. Les personnes déprimées et très malades se disaient plus satisfaites, ce qui montre l'effet positif qu'a l'attention accrue accordée par l'infirmier coordonnateur des congés. Les chercheurs ont aussi constaté que les médecins étaient disposés à libérer les personnes âgées plus tôt s'ils savaient que le coordonnateur assurerait un suivi dans les 24 heures après la sortie. Dans l'ensemble, l'étude a montré l'importance d'une communication continue entre les professionnels de la santé et les personnes âgées, au cours de la transition entre les soins actifs et les soins à domicile, tant pour le bien-être des aînés que pour le système (prévention des retours à l'hôpital). L'étude a révélé que les facteurs suivants étaient essentiels à la réussite de la planification des congés, au cours du passage de l'hôpital au domicile : prendre le temps voulu pour évaluer les besoins du malade et (ou) de la famille et pour y répondre; établir des liens étroits et solides avec les organismes communautaires; donner aux malades la possibilité d'appeler quelqu'un pour discuter de leurs problèmes ou de leurs préoccupations.

L'intervention au moment de la sortie risque de ne pas toujours réduire le taux de retour au service d'urgence (SU), mais on peut prouver l'existence d'autres résultats bénéfiques. Le projet *Dépistage et intervention* (QC405) reposait sur l'idée que les personnes âgées se rendant au SU risquent beaucoup de subir un déclin fonctionnel et d'autres conséquences non souhaitables. On a prouvé la présence de nombreuses lacunes dans les soins prodigués par les SU à cette population à risque, y compris l'incapacité de relever des problèmes qu'une évaluation plus soignée aurait permis d'atténuer (au SU ou ailleurs) et le fait de ne pas communiquer, en temps opportun, les problèmes observés et les interventions faites au SU aux services communautaires compétents et au médecin traitant. Le projet QC405 avait pour objet d'établir si une brève intervention du personnel infirmier du SU, en deux étapes et visant à remédier à ces problèmes, améliorerait la continuité des soins prodigués aux personnes âgées entre le SU et la collectivité, et si elle préviendrait certains des résultats négatifs postérieurs à une visite au SU. Les deux étapes de l'intervention étaient les suivantes : tout d'abord, on a appliqué un outil de sélection mis au point et à l'essai au préalable à des malades de 65 ans ou plus se présentant au SU et ne devant pas y rester. Ceux qui étaient plus à risque que les autres ont été mis en rapport avec un(e) infirmier(ère) d'intervention. Ensuite, les mêmes malades ont fait l'objet d'une brève évaluation normalisée par l'infirmier(ère) gériatrique. Une fois l'évaluation faite, les infirmiers d'intervention ont consulté le SU de l'hôpital et le personnel du service de gériatrie et ils ont renvoyé la personne, selon les besoins, aux organismes de soutien communautaires, au médecin traitant, à la clinique externe de gériatrie ou à d'autres services communautaires.

Comparativement au projet QC429, qui a duré moins longtemps et qui portait surtout sur le degré de satisfaction et le bien-être des aînés, sur l'observation des ordonnances pharmaceutiques et sur le taux de retours au SU, le projet QC405 s'est prolongé, et les chercheurs ont ainsi eu plus de temps pour en évaluer les résultats. L'intervention a réduit considérablement le taux de déclin fonctionnel au cours des quatre mois postérieurs à la visite au SU. Ce résultat positif est allé de pair avec trois améliorations des soins prodigués aux malades. D'abord, au SU, on a détecté systématiquement les problèmes qui risquaient d'aboutir à un déclin fonctionnel et l'on a transmis systématiquement les renseignements pertinents au médecin traitant, ce qui a donné lieu à une démarche plus appropriée et plus ciblée. Ensuite, la communication a été plus rapide avec le médecin traitant, surtout dans le cas des malades qui entretenaient des rapports réguliers avec le leur. Troisièmement, les soins à domicile ont été prodigués plus vite, en particulier aux malades que le centre de santé communautaire ne connaissait pas déjà. L'intervention n'a aucunement augmenté les coûts globaux pour la société, compte tenu des frais publics et privés subis au moment de la visite au SU ou pendant les quatre mois ultérieurs.

Bien que ces projets aient mis l'accent sur le rôle du personnel de santé au moment de la sortie et sur l'interface entre l'hôpital et le domicile, d'autres études financées par le FASS ont porté sur d'autres méthodes de coordination. Dans certains cas, le mécanisme mis au point pour faire échec à la fragmentation et au chevauchement des services a été fort simple : par exemple, créer un outil d'évaluation normalisé (NA122), ou un autre dispositif de communication semblable (SK424). Dans le cadre du projet *La sécurité des patients avec démence vivant à domicile* (NA122), les chercheurs ont mis au point et validé un outil appelé « Échelle d'évaluation de la sécurité » (EES) afin de réunir des données cliniques utiles à la gestion des cas de malades âgés atteints de démence. L'outil a été conçu sous la forme d'un questionnaire destiné aux praticiens pour qu'ils puissent cerner et quantifier les risques comportementaux auxquels ces malades étaient exposés. On a établi la validité et la fiabilité de l'outil, mais l'évaluation de son utilité et de son applicabilité a fait problème. Les professionnels de la santé ont été très peu nombreux à remplir le questionnaire, ce qui a révélé l'existence de problèmes intrinsèques dans les activités de coordination, quand on demande au personnel d'accroître sa charge de travail et d'assumer des tâches supplémentaires. Les projets tels que le QC429 et le QC405, qui fournissent d'une manière stratégique du personnel supplémentaire, à qui l'on confie des responsabilités bien précises, réussissent mieux que ceux destinés à tout le personnel et dont on ignore les avantages attendus.

D'autres études ont mis l'accent sur l'intégration des services fournis aux aînés, dans le contexte de dossiers importants ou de traitements particuliers. Mentionnons le projet PE121 intitulé *An Integrated Mental Health Response*, ou le projet QC428, *Évaluation des services de consultation psychiatrique externe pour les personnes âgées et déprimées*. Le projet QC428 a mis l'accent sur l'évaluation des consultations psychiatriques fournies à des aînés déprimés ou souffrant d'autres troubles psychogériatriques courants tels que l'angoisse ou un déficit intellectuel. Le projet avait pour but d'examiner le processus de consultation du point de vue du malade et de sa famille, du médecin traitant et du psychiatre consultant. Les résultats, fondés sur les données relatives à 149 malades âgés, mettent en lumière les nombreux obstacles qui entravent le processus global : les attentes imprécises des malades; la faible concordance entre le médecin traitant et le médecin consultant au sujet du motif de la consultation; la difficulté de mener à bien le suivi auprès du médecin traitant (60 des 141 suivis n'ont jamais été faits par les médecins). L'étude a conclu que la nature des communications (ou leur absence) entre les professionnels de la santé détermine la réussite ou l'échec des efforts déployés pour assurer des soins de santé mentale suffisants et valables. En outre, les lacunes au chapitre des ressources humaines limitent le degré de satisfaction des malades : la superficialité de leur relation avec le psychiatre consultant et le peu de temps passé avec lui ont été des facteurs particulièrement importants.

Certains des plus grands projets financés par le FASS ont étudié l'intégration des services à l'échelle de tout le système. Les chercheurs ont alors mis au point et

(ou) évalué tout un éventail de services dans une région donnée (QC403 et QC123) ou, plus encore, la gamme complète des services offerts et des mécanismes de financement connexes dans un district de santé ou une région en particulier, ou entre les districts ou les régions. Par exemple, le projet SIPA (QC404) avait pour objectif ambitieux de mettre sur pied et à l'épreuve un modèle complexe de prestation de services intégrés à l'échelle du système dans toute une région géographique. C'était un projet atypique parce qu'il a porté sur les mécanismes de financement intégrés (qui, en soi, font souvent obstacle à l'intégration des services). Chaque projet reposait sur l'admission de l'existence d'un problème d'intégration de la gamme de services utilisés par les personnes âgées dans le continuum des soins, et d'un problème d'interface entre ces services.

Dans le cadre du projet *Mécanisme de coordination des services gérontogériatriques des Bois-Francs* (QC403), les chercheurs ont mis en application un mécanisme de coordination des services qui a intégré la gamme complète des services gérontogériatriques dans la région, depuis la promotion de la santé et la prévention des maladies jusqu'au diagnostic, au traitement, à la réadaptation, au soutien à domicile, à l'hébergement et aux soins palliatifs. Ils ont conservé les méthodes existantes de rémunération et la structure organisationnelle déjà en place (là où les systèmes administratif, juridique et financier étaient organisés séparément). Le projet avait les buts suivants : cerner les conséquences que ce modèle de coordination aurait pour les personnes âgées en perte d'autonomie et pour leur réseau de soutien jusqu'à 36 mois après la mise en œuvre du projet; voir comment le modèle influerait au fil du temps sur l'utilisation des services de santé et des services sociaux; réunir des données sur les principales fonctions d'un mécanisme de coordination des services. Contrairement à la majorité des projets financés par le FASS, dont la période d'observation était de six mois à un an (projets-pilotes), l'étude QC403 a duré trois ans et était axée sur un modèle quasi expérimental, des mesures ayant été prises avant la mise en œuvre du modèle, puis un an, deux ans et trois ans après, dans la région et dans une région de contrôle non visée par le projet pilote. L'échantillon comprenait 976 clients dont s'occupait activement un gestionnaire de cas au moment de la collecte des données.

Les résultats révèlent que la mise en œuvre du mécanisme de coordination des services a eu quelques modestes effets observables, par exemple : une baisse du taux d'institutionnalisation et du nombre de personnes inscrites sur les listes d'attente; aucune incidence sur le taux de mortalité; un allégement du fardeau des personnes de soutien; une meilleure perception des services; une amélioration du degré général de satisfaction entre les divers moments où celui-ci a été mesuré.

Le projet connexe, intitulé *Développement et implantation d'un système de prix de revient des soins et des services à domicile dans le cadre du projet de démonstration d'un réseau intégré de services dans les Bois-Francs avec une coordination de services par gestion de cas* (QC123), a porté sur le coût du nouveau modèle intégré de prestation des soins de santé. Les chercheurs ont examiné le calcul complexe du coût réel des soins fournis à une personne qui reçoit des traitements et des services de nombreuses sources. Les conclusions ont une pertinence pour d'autres projets aussi, tels que l'étude QC429; dans ces cas, les chercheurs n'ont pas réussi à estimer les coûts relatifs, en raison de la façon dont les données avaient été recueillies. Dans le cadre du projet QC123, les chercheurs ont mis au point et étudié un système d'analyse des coûts pour évaluer les résultats de la coordination des services fournis à des personnes âgées fragiles. Ils ont calculé les coûts supportés à de nombreux égards, y compris les suivants : le coût d'un séjour de courte durée à l'unité de soins gériatriques; celui des soins intensifs, des soins infirmiers, de la chirurgie, de la chirurgie de jour; le coût des soins prolongés, des services fournis dans un centre de soins de jour; le coût des centres de jour, des services médicaux, des ordonnances et des soins à domicile; et les frais privés afférents aux soins à domicile. Les chercheurs ont comparé les coûts assumés pour 272 personnes membres du groupe expérimental dans la région à ceux relatifs à 210 personnes composant un groupe de contrôle dans une région ayant exactement les mêmes caractéristiques que

la première. Le projet QC123 a permis de conclure que la coordination des services est viable sur le plan économique et qu'elle a des avantages importants pour les malades. Les chercheurs ont constaté que certains coûts étaient plus élevés dans le groupe de contrôle, et d'autres, dans le groupe expérimental. Une mise en garde s'impose, cependant, et elle est importante dans le contexte du partenariat établi entre les fournisseurs de soins informels et formels dans le continuum des soins assurés aux personnes âgées : au moment de la rédaction du rapport sur le projet QC123, on ne disposait pas de renseignements sur les coûts des soins à domicile assumés par les personnes âgées et leur famille.

Le projet pilote *Un Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie* (QC404), connu sous son abréviation française SIPA, a été le plus complet, le plus ambitieux et le plus complexe de tous les projets de recherche sur la prestation des services intégrés. Il était conçu pour vérifier la faisabilité et la rentabilité d'un modèle intégré d'organisation, de financement et de mise en œuvre de services au profit de personnes âgées fragiles. Deux districts de santé montréalais (CLSC) ont appliqué le système avec la participation d'équipes interdisciplinaires qui ont coordonné tous les services médicaux et sociaux primaires et secondaires, y compris la promotion de la santé, la réadaptation, et l'obtention de médicaments et d'aides techniques. Les chercheurs ont recruté des personnes âgées affligées d'un handicap fonctionnel et les ont réparties au hasard entre deux groupes, dont l'un a reçu les services du SIPA et l'autre (groupe de contrôle), les soins réguliers des CLSC. Le projet prévoyait une permanence totale (24 heures sur 24, sept jours sur sept) et l'équipe pouvait assurer une combinaison de services sociaux et de soins de santé, peu importe l'endroit; la collaboration et la coordination entre les institutions; la création de partenariats entre les médecins et les institutions; l'accroissement du budget affecté aux interventions communautaires; la promotion, dans l'équipe du SIPA, d'une perspective financière globale qui prenait en compte le coût de tous les services sociaux et de santé, quel que fût le contexte ou l'institution.

Les résultats montrent que les malades et les fournisseurs de soins du groupe SIPA estimaient recevoir des services d'une meilleure qualité et qu'ils se sentaient plus en sécurité que ceux du groupe de contrôle. La vitesse d'intervention dans les situations d'urgence, le suivi rapide, la possibilité d'obtenir les services 24 heures sur 24 et celle de rester chez soi pour les procédures cliniques (p. ex., prises de sang, tension artérielle, etc.), voilà autant d'éléments particulièrement précieux pour les personnes âgées à risque.

Les membres du groupe SIPA ont eu recours sensiblement moins aux ressources hospitalières (moins de personnes attendaient une hospitalisation de courte durée, et la durée du séjour au service des urgences était plus courte), et ils avaient moins de chances d'être institutionnalisés pendant la durée du projet pilote. Malgré tout, au moment de la rédaction du rapport, les coûts globaux étaient un peu plus élevés dans le cas du groupe SIPA; au cours de l'étude, les services hospitaliers ont été moins utilisés, mais cela n'a pas suffi à compenser le recours accru aux services communautaires. (Cette constatation fait contraste avec celle faite dans le cadre du projet BC123 : il s'agissait d'une étude plus ciblée et de moindre envergure, menée dans une collectivité d'un profil socio-démographique différent. Dans ce cas, on a pu faire des économies à court terme.) Cependant, comme le précise le rapport sur le groupe SIPA, cette conclusion pourrait changer quand on tiendra compte du coût des soins à long terme (au-delà de la période d'exécution de l'étude). Certains résultats de ce projet complexe et rigoureux ne sont pas encore connus, mais le remplacement de services institutionnels par des services communautaires semble effectivement viable et permettre de bien répondre aux besoins des aînés. En raison de la réussite du SIPA, d'autres sources ont offert des fonds pour poursuivre le projet une fois que l'appui du FASS cessera, et la régie de la santé de la région de Montréal a récemment décidé d'entreprendre la création de réseaux de services intégrés à l'intention des personnes âgées fragiles, en s'inspirant du modèle du SIPA.

Les leçons apprises sur le processus de mise en œuvre d'un modèle de soins intégrés à l'échelle du système, dans ce qui était essentiellement le territoire de deux régies de santé d'une grande région métropolitaine, ont été aussi précieuses que les données issues du projet SIPA. Même si l'on a mis deux ans à planifier le projet avant l'obtention des fonds et bien que la planification se soit poursuivie pendant plus d'un an avant que le projet devienne opérationnel, de nombreuses difficultés et des retards en ont gêné la mise en œuvre. Le rapport contribue à la réforme des soins de santé au Canada, en cernant les obstacles à une gestion efficace du projet, notamment la difficulté qu'il y a à intégrer les médecins de pratique privée aux équipes SIPA (bien qu'un bon nombre aient été progressivement intégrés au processus) et les conventions collectives provinciales et locales rigides qui ont compliqué le processus de recrutement des membres des équipes cliniques du SIPA. L'instabilité des ressources humaines (la Partie IV aborde cet aspect plus en détail) a influé ici sur le cours des choses.

Dans diverses études menées pour le compte du FASS, on a abordé la question des outils d'évaluation clinique et de suivi administratif, et le SIPA n'a pas fait exception. Parmi les outils créés expressément pour le SIPA figurent les protocoles d'intervention multidisciplinaire, un guide pour communiquer avec les médecins de pratique privée, une grille d'examen des plans sur les interventions intégrées et les services intégrés, et un outil pour surveiller la discussion des cas et les processus de gestion des services critiques.

Ensemble, les 10 projets qui ont porté sur la prestation intégrée des services aux personnes âgées ont permis de cerné tout un éventail de questions, dont les suivantes : les rôles du personnel fournissant les soins de santé dans les systèmes de prestation intégrée des services, le rôle des médecins à titre d'agents clés dans la réforme du système, les ressources nécessaires pour améliorer l'intégration des services, et le financement des projets d'intégration des services. Les conséquences de chacun de ces aspects au plan politique feront l'objet de la Partie 6.2.

3.3 L'utilisation des médicaments chez les personnes âgées

Quatre grandes questions se posent relativement à l'utilisation des médicaments par les personnes âgées : les méthodes d'établissement des ordonnances; l'utilisation et l'observation des pharmacothérapies; les problèmes inhérents à l'interaction entre les médicaments; et le coût. Des améliorations sensibles sur le plan de la prescription des médicaments accroîtraient les avantages de la thérapie et réduiraient les effets négatifs, notamment dans le cas des aînés. Comme Tamblyn et Perrault (2000) l'ont souligné, la hausse du coût des médicaments d'ordonnance a placé les personnes âgées au cœur du débat, car elles en consomment de grandes quantités. On a réuni des données sur divers problèmes, y compris l'utilisation excessive ou insuffisante des médicaments, les erreurs de prescription, la non-observation des traitements, et la prescription inefficace en fonction du coût.

Tamblyn et Perrault (2000) recommandent d'intégrer les politiques et les interventions clés en une solution complète favorisant l'utilisation optimale des médicaments. Parmi les recommandations portant expressément sur la santé des personnes âgées figurent les suivantes : adopter un règlement exigeant que les aînés subissent des tests appropriés avant de pouvoir consommer tel ou tel médicament; créer un institut de la santé des consommateurs, qui serait pour les malades une source centrale et objective de renseignements et qui les aiderait à prendre des décisions. Les projets financés par le FASS n'ont pas abordé ces questions particulières, mais ils ont mis l'accent sur les méthodes de prescription, sur l'observation des pharmacothérapies et sur les mécanismes devant permettre de minimiser les problèmes attribuables à l'interaction entre les médicaments.

Les responsables du *Projet-pilote pour comparer les médicaments utilisés dans les programmes d'assurance-médicaments – antibiotiques chez les aînés et le grand public* (NA228) ont utilisé le système de classification des médicaments et la dose thérapeutique quotidienne (DTQ) de l'Organisation mondiale de la santé pour comparer entre eux la Nouvelle-Écosse, le Manitoba et

la Saskatchewan quant à l'utilisation des médicaments antibiotiques. Ils ont constaté des variations considérables dans les méthodes de prescription de ces médicaments et ont pu déterminer déterminer à quel endroit la majorité des médicaments étaient prescrits (par l'intermédiaire des services à domicile ou des services de soins prolongés, de soins hospitaliers ou de soins primaires). Comme d'autres études sur la santé des aînés avaient mis en lumière les complications qui se produisent à la sortie de l'hôpital par suite de changements dans l'utilisation des médicaments à cette étape, ces constatations pourraient aider à surveiller ces changements entre l'hôpital et le moment où la personne reçoit des soins primaires ou à domicile. Des chercheurs, tels qu'Evans et ses collaborateurs (2001), ont analysé la hausse du coût de médicaments très coûteux dont la valeur est relativement faible par rapport au prix (ou qui ne sont pas plus efficaces – et qui, parfois le sont moins – que des médicaments moins chers). Le système de la DTQ permet aux chercheurs d'évaluer les tendances en ce sens et fournit des données empiriques utiles pour choisir la meilleure pratique en la matière.

La question du coût des médicaments pour les aînés a fait l'objet du projet *Les régimes d'assurance-médicaments sont-ils importants? Effets de l'admissibilité à un régime d'assurance-médicaments sur la consommation de médicaments chez les personnes âgées, les assistés sociaux et le grand public* (NA227); les chercheurs ont utilisé des données issues de deux enquêtes sur la santé de la population dans les dix provinces, pour prédire l'influence que l'assurance-médicaments aurait sur l'utilisation des médicaments d'ordonnance, sur les services des médecins et sur l'état de santé des Canadiens et des Canadiennes. Ils ont repéré des variations quant à l'ampleur de la couverture de l'assurance dans le grand public et des différences dans la façon dont les provinces partagent les frais avec les personnes âgées et les assistés sociaux. Les chercheurs ont constaté que l'étendue de la couverture de l'assurance-médicaments ne semble pas influer sur les habitudes de la majorité des gens relativement à la consommation des médicaments; cependant, ils ont fait une découverte étonnante au sujet de la santé des aînés : il existe un écart considérable entre les provinces quant au montant facturé aux personnes âgées dans le cadre des régimes de participation au coût des médicaments. D'après les données tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population, menée en 1997-1998, le coût moyen marginal des médicaments facturé aux aînés allait de 4,50 $ en Ontario et de 4,65 $ au Québec, à 25,56 $ au Manitoba et à 26,62 $ en Saskatchewan. Le coût enregistré dans ces deux provinces est près du double de celui qui existe à l'Île-du-Prince-Édouard, où le coût moyen est le plus élevé après ces dernières.

D'après certaines recherches, les problèmes dus à l'interaction entre les médicaments expliquent entre 10 p. 100 et 31 p. 100 des admissions à l'hôpital. Le projet *Étude aléatoire visant à évaluer l'extension du rôle des pharmaciens vis-à-vis des personnes âgées couvertes par un régime d'assurance-médicaments [Essais d'évaluation des médicaments destinés aux personnes âgées] (SMART)* (ON221) avait pour but d'examiner l'interaction entre les médicaments consommés par les aînés. Ont participé à l'étude 889 malades âgés qui utilisaient chacun au moins cinq médicaments. Au moins 88 p. 100 d'entre eux étaient aux prises avec au moins un problème de médication; la plupart du temps, un médicament leur avait été prescrit, mais ils ne le recevaient pas. Les pharmaciens avaient accès à la liste complète des médicaments pris par le malade en consultant ce dernier et son dossier au cabinet du médecin. Les médecins ont accepté de donner suite à 84 p. 100 des recommandations reçues des pharmaciens; cinq mois plus tard, 57 p. 100 des changements recommandés avaient été apportés avec succès. Les entrevues qualitatives ont confirmé que les médecins étaient heureux d'avoir un système d'appui pour équilibrer les régimes pharmocothérapeutiques complexes nécessaires afin de conserver une santé fonctionnelle aux malades âgés souffrant de plusieurs états maladifs. Ce projet pilote a amélioré la collaboration entre deux groupes de fournisseurs de soins de santé (les médecins de famille et les pharmaciens) qui, jusque-là, avaient toujours travaillé indépendamment l'un de l'autre.

Grâce aux six projets du FASS qui examinaient le rapport entre la santé des personnes âgées et les produits pharmaceutiques, les chercheurs ont cerné toute une gamme de questions qui concernent toute la population et pas seulement les aînés. Citons la nécessité d'établir des systèmes de classification des médicaments, la formation des médecins, et la collaboration entre les professionnels de la santé. Les conséquences de chacun de ces aspects au plan politique font l'objet de la Partie 6.3.

3.4 La santé des personnes âgées dans les régions rurales

Au Canada, les connaissances gérontologiques sont limitées sur les circonstances propres aux personnes âgées des régions rurales – leur concentration et leur rassemblement (Joseph et Martin Matthews, 1994) et l'accès qu'elles ont aux services (Keating, 1991). Dans de nombreuses régions rurales du pays, les personnes âgées sont très concentrées de sorte que, dans certaines localités, surtout dans les petites villes de 1 000 à 2 500 habitants, jusqu'au quart de la population a plus de 65 ans. Cela complique d'une façon particulière la prestation des services nécessaires, surtout dans les endroits où la rigueur de l'hiver et l'accès limité aux moyens de transport entrent en ligne de compte. Shapiro et Havens (2000, p. 179) soulignent la nécessité de répondre aux besoins des aînés en soins de santé, surtout de ceux qui n'ont pas facilement accès aux centres urbains. Des documents révèlent en outre que de vastes régions rurales du Nord et du Centre du pays ont du mal à attirer assez de personnes capables de fournir les soins ambulatoires et de faire fonctionner les hôpitaux (Lassey, Lassey et Jinks, 1997).

Faisant contraste avec les projets complexes conçus pour relier entre eux les nombreux services assurés en milieu urbain, les deux projets du FASS qui concernaient les personnes âgées des régions rurales ont mis l'accent sur des genres particuliers de services : l'un a porté sur la réadaptation, et l'autre, sur la palliation. Dans le cadre du *Programme enrichi de réadaptation en milieu rural* (SK326), les chercheurs ont voulu améliorer les services de réadaptation dans le District de santé rural d'Assiniboine, en recourant à trois physiothérapeutes adjoints à temps plein pour épauler deux physiothérapeutes à temps plein. Le nombre de malades traités et la fréquence des traitements ont augmenté, et la durée des séjours à l'hôpital a diminué. Toutefois, les malades ont attendu plus longtemps pour obtenir les services, ce qui va directement à l'encontre des résultats attendus. Cela s'explique par l'accroissement du nombre de personnes envoyées par les médecins, sans doute parce que l'on pensait qu'un plus grand nombre de patients pourraient être traités par suite de l'augmentation de l'effectif des services de physiothérapie.

Le projet intitulé *Une évaluation du Programme de soins palliatifs communautaires intégrés de la régie régionale de santé de Lakeland* (AB301-17), qui évaluait un projet pilote dans une région rurale du centre-est de l'Alberta, a abouti à l'élaboration d'un ensemble de politiques et de lignes directrices régionales sur la prestation des soins pallialifs, à la création d'un modèle régional de prestation des services et à la mise sur pied d'équipes de consultation sur les soins palliatifs. Dans la région pilote, le pourcentage de décès à domicile est passé d'environ 8 p. 100, avant le début du programme, à près de 30 p. 100 pendant et après ce dernier.

Ces deux projets montrent l'effet ne serait-ce que d'un modeste accroissement de la disponibilité des services dans les régions où ceux-ci sont rares et où les services de santé spécialisés (p. ex., la réadaptation et la palliation) font essentiellement défaut. Les projets font aussi voir le rôle important des para-professionnels et des bénévoles locaux ayant reçu une formation spéciale, lorsqu'il s'agit de seconder les professionnels de la santé dans les collectivités rurales et éloignées. Au lieu d'essayer de reproduire à ces endroits les profils et les ratios urbains de dotation en personnel, les solutions de rechange illustrées dans ces projets représentent des innovations importantes. Comme la santé des habitants des régions rurales constitue une des grandes priorités du Plan d'action rural du gouvernement du Canada (avril 2001), la santé des personnes âgées des régions rurales et éloingées et la viabilité des localités où elles vivent ont des conséquences fort pertinentes pour la politique, conséquences qui sont largement abordées dans la Partie 6.4.

1. Les ressources humaines et la santé des personnes âgées

Les questions relatives aux ressources humaines sont omniprésentes dans les constatations faites à la faveur des projets du FASS sur la santé des personnes âgées. Depuis les initiatives les plus ciblées portant sur un secteur mono-service jusqu'aux projets pilotes et aux évaluations les plus détaillés et les plus complexes qui avaient une grande envergure inter-sectorielle et un caractère intégrant, les chercheurs ont toujours souligné à quel point les résultats dépendaient des travailleurs de la santé. La majorité de ces études ont donné l'impression que le personnel travaillait à la limite de ses capacités; le taux de roulement était élevé, la tension était forte et les cas d'épuisement professionnel, nombreux; on était en général disposé à agir, mais en bout de ligne, on n'avait pas les moyens de participer aux projets qui accroissaient une charge de travail déjà lourde. Les projets pilotes ont connu le plus de succès quand ils modifiaient les modalités de travail en profondeur et non pas seulement en ajoutant des tâches (BC122), ou quand ils attribuaient de nouvelles responsabilités au personnel, comme dans les cas où un poste était créé (QC404 et QC429). Cependant, même dans ces situations, la réussite de l'initiative dépendait souvent des communications établies entre les professionnels de la santé de divers secteurs et de la clarification des rôles et des responsabilités.

Relativement aux ressources humaines, la charge de travail a constitué une des questions primordiales. Il convient de souligner que deux des projets menés à l'échelle du système avaient pour but de réduire le nombre de cas confiés à chaque membre du personnel, dans le cadre de la stratégie suivie. Dans le projet QC404 (SIPA), les gestionnaires de cas s'occupaient de 35 à 45 malades, ce qui est nettement moins que la charge normale; dans le contexte du projet BC123, chaque gestionnaire de cas se voyait confier au maximum 25 personnes âgées très fragiles, alors que la charge normale est de 150 à 200 cas.

Certaines études ont mis en évidence des problèmes attribuables à la charge de travail. Dans le projet *Impact du guichet unique en CLSC : Utilisation des services et vécu des intervenants* (QC101), les praticiens ont critiqué le régime de services intégrés à point d'entrée unique, pour les raisons suivantes : leur charge de travail et le nombre de leurs tâches augmentaient; ils avaient plus de clients à servir; ils avaient de nouvelles exigences à respecter et de nouvelles formalités à remplir; ils avaient moins de temps pour exécuter toutes ces tâches. Le personnel infirmier était particulièrement affligé par le peu d'intérêt manifesté par les médecins pour le régime à point d'entrée unique et par leur refus de fournir les renseignements nécessaires. De toute évidence, aucun mode de prestation de services intégrés aux personnes âgées ne réussira si les professionnels de la santé ne contribuent pas à la réalisation des objectifs et si le processus les surcharge inutilement. Le projet *Mécanisme de coordination des services gérontogériatriques des Bois-Francs* (QC403) a montré comment les attitudes des intervenants et la résistance au changement faisaient obstacle à la coordination et à la mise en œuvre d'un projet. Les auteurs du rapport sur le SIPA (QC404) ont recommandé de mieux définir les rôles et les responsabilités du médecin traitant relativement au gestionnaire de cas et à l'équipe interdisciplinaire, pour régler certains des problèmes s'étant manifestés sur ce plan.

En matière de ressources humaines, d'autres problèmes ont concerné la dotation, les horaires, les systèmes de paiement et le roulement des effectifs. Dans les études du FASS, on a souligné le rôle de la réglementation syndicale et sa place dans la réforme du système; l'instabilité des ressources humaines (roulement des effectifs et épuisement professionnel); et la répartition et la nature de la charge de travail. Sur le plan des services, quand de nombreux fournisseurs de soins ont quelque chose à voir avec tel ou tel cas, il peut être difficile de tenir tous les intervenants informés et de les faire participer au processus. Le fort taux de roulement du personnel rend ce problème encore plus complexe.

Toutes ces questions relatives aux ressources humaines en matière de santé concernent en général la population, mais elles sont particulièrement importantes quand les travailleurs assurent des services aux aînés, et surtout aux plus fragiles et troublés d'entre eux. Les avantages éventuels du système de soins de santé le plus intégré possible sont sérieusement compromis quand les personnes âgées voient défiler des fournisseurs de services qui changent constamment – nouveaux visages, nouveaux noms, nouvelles personnalités et nouvelles méthodes de travail –, surtout quand ces derniers prodiguent des soins personnels intimes, au domicile même de la personne âgée.

Un autre problème connexe relatif aux ressources humaines, problème qui a aussi des ramifications intersectorielles, concerne la nécessité de normaliser les outils d'évaluation des divers services et organismes, comme l'ont montré tant de ces études, et la nécessité d'intégrer les systèmes d'information des divers paliers administratifs, pour que l'intégration donne les résultats escomptés à quelque niveau que ce soit.

Les ressources et la formation que l'on donne au personnel importent également; par exemple, la formation offerte au personnel sur l'utilisation des outils d'évaluation complexes a représenté un élément essentiel de nombreuses études. En outre, la réussite du projet QC429 a été imputable en grande partie à l'intégration à l'équipe du service des urgences du coordonnateur des sorties de ce service (la même observation vaut pour le projet BC124), et aux mesures prises pour faciliter les communications de cette personne avec les organismes communautaires en lui donnant un bureau, un téléphone, un ordinateur et l'accès aux outils appropriés d'évaluation des risques.

En outre, le rôle et la fonction de la gestion des cas, dans le contexte des services de soins à domicile fournis aux aînés, ont été mis en évidence dans les études du FASS. La nécessité de définir les rôles et les responsabilités, notamment ceux des intervenants clés dans les services intégrés – par exemple, les gestionnaires de cas et les médecins traitants –, a été particulièrement manifeste dans les projets pilotes conçus pour mettre en œuvre et évaluer les modèles nouveaux et intégrés de prestation des services.

Au chapitre des ressources humaines, le rôle du médecin de famille a constitué la question dominante. Cette personne établit un lien tellement essentiel entre les personnes âgées et la pléthore de services communautaires et hospitaliers que sa volonté de participer à long terme aux projets détermine souvent la faisabilité et les résultats de ces derniers. Même dans le cas des projets complexes menés à l'échelle du système (le SIPA, p. ex.), la capacité des chercheurs de faire participer les médecins de famille des personnes âgées a influé grandement sur le cours des choses. Dans les deux études parallèles du SIPA, soit les projets QC403 et QC123, les chercheurs ont eux aussi constaté que la présence, la participation et la continuité du suivi assuré par le médecin de famille étaient déterminants pour le degré de réussite du nouveau modèle mis en œuvre et à l'essai. Des études qui portaient sur des services précis (le projet QC428, p. ex.) et qui mettaient l'accent sur le processus par lequel les médecins de famille envoient les personnes âgées voir un spécialiste (psychiatrie gériatrique) ont révélé également que le problème sous-jacent résidait dans la non-disponibilité des spécialistes en psychiatrie gériatrique; quand ils étaient disponibles, il y avait un manque de communication entre eux et les médecins de famille.

5. Les dimensions intersectorielles de la santé des personnes âgées

Ces études mettaient fortement en évidence les conséquences des services humains pour la santé, mais les dimensions intersectorielles éventuelles n'ont pas souvent été évoquées. Un seul projet, intitulé *Projet d'essai et d'évaluation d'un programme de soins regroupés* (BC122), a reconnu l'importance du logement et de l'environnement dans les services de santé assurés aux personnes âgées. Plus précisément, le plan de la maison ainsi que la densité et l'emplacement du complexe résidentiel ont été

jugés importants pour l'organisation, la structure et le financement des soins de santé fournis aux aînés. Dans le projet *Une étude exploratoire de l'incidence à long terme des soins à domicile sur la clientèle âgée* (SK101), les chercheurs ont aussi pris en compte le rôle du logement des personnes âgées dans le continuum des soins qui leur étaient assurés, et ils ont émis l'idée que le logement pourrait éventuellement jouer un important rôle de prévention en retardant le début du déclin de la santé ou en minimisant ses conséquences. C'est là une question qu'il conviendrait d'étudier de plus près.

Dans de nombreux endroits, il n'y a pas de systèmes d'accès informatisés et les projets ont constamment évoqué cette lacune. Dans certains cas, les services d'un même établissement souffraient de cette faiblesse, de sorte que les chercheurs n'ont eu accès aux renseignements sur l'admission de telle ou telle personne que le lendemain de l'admission. Dans d'autres cas, les malades transférés d'un centre hospitalier à un autre ont été difficiles à repérer; il est arrivé qu'on les déclare sortis de l'hôpital alors qu'ils y recevaient encore des soins actifs (QC405). À l'issue du projet intitulé *Mécanisme de coordination des services gérontogériatriques des Bois-Francs* (QC403), les chercheurs ont également conclu qu'un système informatisé adapté aux besoins du milieu et permettant l'échange de renseignements cliniques, en temps réel, entre les gestionnaires de cas de diverses disciplines et les installations favoriserait grandement l'intégration des services de soins.

Étant donné le manque de systèmes normalisés de traitement de l'information, non seulement à des niveaux et dans des établissements particuliers, mais aussi d'un territoire à l'autre à l'intérieur d'une même régie des services de santé, il ne semble pas possible de réaliser des projets d'envergure nationale sans accorder une grande attention au transfert technologique. Par exemple, les responsables du *Projet-pilote pour comparer les médicaments utlisés dans les programmes d'assurance-médicaments – antibiotiques chez les aînés et le grand public* (NA228) ont constaté que, pour mettre en œuvre un projet national, il faudrait, idéalement, que les programmes d'assurance-médicaments se servent de logiciels compatibles et utilisent des systèmes de classification semblables, ce qui faciliterait les comparaisons. Étant donné le nombre de fois où les projets du FASS ont fait état de la difficulté à intégrer les services fournis aux personnes âgées d'un territoire à l'autre à l'intérieur d'une même régie, dans une ville ou une région donnée, il est évident que la normalisation est essentielle à la réussite de toute entreprise nationale.

6. Conséquences pour les politiques et la pratique : la santé des personnes âgées

6.1 Questions fondamentales concernant les soins à domicile fournis aux aînés

6.1.1 Orientation, structure et organisation des services

- Il faut bien comprendre les deux fonctions des soins à domicile assurés aux personnes âgées : leur rôle de plus en plus manifeste dans le contexte des soins subaigus post-hospitaliers et leur rôle un peu plus connu dans la gestion des besoins de ces personnes en soins chroniques. Une étude a aussi parlé du rôle des soins à domicile préventifs pour les personnes âgées.
- Il existe un grand besoin de soins sub-aigus et de services de convalescence pour les personnes âgées au moment où elles font la transition entre l'hôpital et leur domicile.
- Le maintien et le rétablissement de la capacité fonctionnelle doivent être reconnus comme étant objectifs précieux, souhaitables et réalisables dans le contexte de la santé des aînés, et il faut inclure les services de réadaptation dans les soins à domicile.

- On peut facilement mettre en œuvre, d'une manière rentable, des politiques axées sur la réadaptation des malades récemment sortis des centres de soins aigus; cela peut supposer la réorientation de ressources existantes plutôt que l'affectation de nouvelles ressources aux services de soins à domicile destinés aux aînés.
- On omet souvent de reconnaître le caractère critique du passage de l'hôpital aux soins à domicile. Grâce aux compétences d'un personnel formé et dévoué et à la facilitation des communications, ce passage peut favoriser au maximum la santé des personnes âgées.

6.1.2 Financement des services de soins à domicile

- Il faut modifier les façons dont les services sont financés, de manière que, là où cela convient, des régimes autres que ceux axés sur l'individu puissent être adoptés. Par exemple, dans certains cas, le financement de services fournis à un « noyau » de clients convient mieux et constitue une solution plus rentable.
- Les politiques relatives aux coûts doivent reposer sur des données concernant non seulement le coût des services fournis par le système des soins de santé, mais aussi par les malades âgés et leur famille.
- En employant les aides à domicile à salaire et non à l'heure, on leur accorde plus de souplesse pour décider de la durée de leur visite chez un client en fonction des besoins de ce dernier, qui évoluent; les aides ont aussi plus de temps pour participer aux analyses des cas et pour communiquer directement avec le personnel clinique. On favorise ainsi la continuité dans la répartition des cas entre les aides à domicile.

6.1.3 Dotation en personnel et formation en soins à domicile

- En ce qui concerne la santé des aînés, il est essentiel de donner au personnel une formation sur l'utilisation des outils d'évaluation complexes.

Lorsqu'il s'agit de fournir des soins à domicile aux personnes âgées, il faut se soucier en priorité de la continuité des services.

6.1.4 Les personnes âgées : clients des services de soins à domicile

- On connaît les principales caractéristiques des malades âgés qui en font des candidats à risque pour le retour à l'hôpital, et l'on peut faire quelque chose à ce chapitre. Par exemple, on peut les mettre en rapport avec des services appropriés de services communautaires (soins à domicile) et de soutien, avant leur sortie de l'hôpital.
- Afin de faciliter les soins à domicile, il faudrait que le système de renvoi à ces soins ait les moyens et le mandat de trier régulièrement les personnes risquant de faire à l'hôpital des séjours inutilement longs.
- Dans le cas des aînés, surtout de ceux qui sont troublés et qui ont un handicap intellectuel, il faut en priorité veiller à ce que les mêmes personnes leur procurent les services à domicile et les soins personnels.

6.1.5 Ressources pour améliorer les soins à domicile fournis aux aînés

- Il faut des systèmes d'information organisés pour suivre les personnes âgées transférées de leur domicile à l'hôpital, et vice-versa.

6.2 Questions fondamentales concernant les services intégrés fournis aux aînés

Toutes les recommandations qui suivent reposent sur la constatation, faite dans plusieurs études sur la santé des personnes âgées, que les aînés admis à l'hôpital sont en mauvaise santé et ont besoin de services hospitaliers. Tel qu'il est structuré actuellement, le système des soins de santé accueille des gens très malades, s'occupe du problème de l'admission et les renvoie chez eux. Cependant, les problèmes de santé sous-jacents demeurent souvent. Le système a peu amélioré l'état de santé général des personnes âgées. Comme le rapport issu du projet SK124 le signale, il faut conclure de tout cela que, même si notre système s'occupe des problèmes immédiats des aînés, il ne va pas plus loin. Il n'améliore en rien l'état de santé fondamental de ces personnes, qui est médiocre.

6.2.1 Rôles du personnel soignant dans la prestation des services intégrés aux aînés

- Prendre en compte le problème des ressources humaines dans les efforts faits pour intégrer les services.
- Songer à la répartition et à la nature de la charge de travail, quand on définit les rôles et les responsabilités.
- Clarifier le plus possible les rôles des fournisseurs de soins dans les domaines de compétence connexes.
- Veiller à ce que les rôles et les fonctions de tous les fournisseurs de services de santé soient bien définis relativement aux protocoles de triage. Il faut élaborer, faire accepter et appliquer ces protocoles.
- Encourager les organisations à intégrer la prestation des services.
- Les fournisseurs de services doivent sentir qu'ils sont pris en compte aux stades de la conception et de la mise en œuvre des programmes qui influent sur leur travail quotidien.

Le personnel des établissements de soins actifs doit recevoir une formation plus poussée sur la disponibilité des ressources communautaires.

6.2.2 Rôle des médecins, à titre d'agents principaux dans la réforme du système

- Il faut faire intervenir activement les médecins dans la réforme du système.
- Il faudra apprendre aux médecins à mettre moins l'accent sur les soins actifs et à reconnaître le rôle des services de soins communautaires.
- En formant mieux les médecins sur les questions gériatriques, on améliorera la communications entre les médecins traitants et les malades ayant un handicap mental, de sorte que les malades âgées comprendront mieux l'utilité de se soumettre à une évaluation psychogériatrique.
- Il faut procurer aux médecins soutien et éducation au sujet des soins communautaires; ainsi, ils accepteront mieux de laisser un autre fournisseur de services assurer les soins aux malades.

6.2.3 Ressources pour améliorer l'intégration des services fournis aux aînés

- Il faut normaliser les outils d'évaluation des divers services et organismes et intégrer les systèmes d'information des divers paliers administratifs, pour que l'intégration donne les résultats escomptés à quelque niveau que ce soit.
- Il faut adapter les systèmes informatisés aux besoins du milieu et permettre l'échange de renseignements cliniques en temps réel entre les gestionnaires de cas de diverses disciplines et installations.

6.2.4 Financement des projets d'intégration des services

- Comme dans le cas des services de soins à domcile, les politiques relatives aux coûts doivent reposer sur des données concernant non seulement le coût des services fournis par le système des soins de santé, mais aussi le coût de ceux assumés par les malades âgés et leur famille.

6.3 Questions fondamentales concernant l'assurance-médicaments et la santé des aînés

En ce qui concerne l'assurance-médicaments, les recommandations issues du Forum national sur la santé (1996) s'assimilent beaucoup à celles ayant résulté des études du FASS. Celles-ci ont abordé des questions fondamentales précises dans deux grands domaines : l'administration et les ressources humaines. Les questions du premier domaine se rapportent essentiellement à l'organisation et à la gestion du système à l'échelle du pays et elles concernent, entre autres, les systèmes de classification des médicaments et le rôle des gouvernements provinciaux et territoriaux relativement à l'accessibilité des données administratives et à la possibilité de relier les bases de données des divers paliers de compétence. Sur ce plan, les questions importantes portent sur les conséquences, pour les aînés, des écarts considérables entre la couverture du coût des médicaments assurée d'une province à l'autre. Au chapitre des ressources humaines, les principales questions concernent la communication entre les intervenants clés, surtout les médecins traitants et les pharmaciens, et le rôle de l'enseignement médical continu (EMC) dans l'établissement des normes et des pratiques.

- Il faut établir un système de classification des médicaments commun aux programmes des soins à domicile et de l'assurance-médicaments, ce qui facilitera le repérage des ressources entre l'hôpital et le domicile, pendant que les malades cheminent dans le continuum des soins.
- Les gouvernements provinciaux doivent collaborer pour améliorer le contenu et l'accessibilité des bases de données administratives sur l'assurance-médicaments et pour les relier.
- Il faut évaluer les façons de sensibiliser les médecins à toute une gamme de questions relatives aux pratiques, et d'améliorer les normes professionnelles grâce à l'EMC.
- La réforme des soins de santé doit mettre l'accent sur l'amélioration de la collaboration entre les médecins et les pharmaciens, surtout afin de fournir aux médecins un système d'appui pour équilibrer les régimes pharmocothérapeutiques complexes nécessaires afin de conserver une santé fonctionnelle aux malades âgés souffrant de plusieurs états maladifs.

6.4 Questions fondamentales sur la santé des aînés dans les régions rurales

Il arrive souvent, dans les régions rurales, que les personnes âgées n'aient pas accès à la gamme de services dont elles ont besoin, à moins qu'elles soient prêtes à parcourir une certaine distance – souvent une grande distance – pour les obtenir. Par conséquent, les problèmes relatifs à la santé en milieu rural ne concernent pas les mêmes aspects que ceux en contexte non rural. Par exemple, dans les villes, la question primordiale se rapporte fréquemment au degré d'intégration des divers genres de services et aux mécanismes appropriés pour faciliter la communication entre eux. En milieu rural, en revanche, c'est surtout la disponibilité d'un personnel qualifié pour fournir les soins des diverses catégories, surtout les services spécialisés, qui pose un problème. Les projets du FASS qui ont porté sur la santé en milieu rural ont montré qu'obtenir des outils d'évaluation normalisés et fiables et amener le personnel à suffisamment bien comprendre ces outils et à apprendre à s'en servir convenablement constituaient des questions plus pressantes que dans les régions urbaines.

Dans les régions rurales, l'accent a été mis beaucoup moins sur l'intégration des services à l'échelle du système, dans l'ensemble des secteurs de compétence, que sur les changements plus petits et plus progressifs à l'intérieur de ces secteurs, surtout dans les régions où l'on percevait un manque important de ressources communautaires pour les personnes âgées. Les responsables de divers rapports sur les projets du FASS concernant la santé des personnes âgées des régions rurales ont formulé une importante recom-

mandation : il faut reconnaître la nécessité d'adopter des stratégies de recrutement, de conservation et de formation du personnel des soins de santé dans les localités rurales. Cela vaut tout particulièrement pour les services spécialisés tels que les services de santé mentale, la réadaptation et la palliation.

6.5 Conséquences du processus de recherche du FASS pour les politiques

En réfléchissant à l'éventail des questions fondamentales cernées au cours de ces études, il importe également d'examiner les difficultés inhérentes aux processus qui ont été constatées dans le cadre de nombreux projets, car cette démarche pourrait renseigner grandement sur les défis que comporte la mise en œuvre de la réforme des soins de santé. La difficulté la plus souvent citée tenait au manque de temps pour organiser les initiatives et en évaluer l'incidence. À cet égard, signalons en particulier les projets NA1007 et QC404, mais le problème était fort répandu. Par conséquent, en opérant la réforme, il faut réserver assez de temps à l'élaboration et à la mise en application des politiques et des programmes, surtout dans le contexte des initiatives multisectorielles essentielles à la prestation intégrée des services.

L'influence déterminante des médecins sur le degré de réussite des programmes pilotes en dit long aussi sur le processus global de la mise en œuvre de la réforme des soins de santé. De même, les conventions collectives nationales ou locales rigides, qui ont compliqué le recrutement des membres de diverses équipes cliniques participant à la recherche du FASS, feront obstacle à la réalisation de la réforme. L'instabilité des ressources humaines (constatée dans le cadre de nombreux projets du FASS et examinée plus en détail dans la Partie 4) constitue une autre difficulté à prendre en compte.

7. Conclusions

Nous savons que, pour avoir une bonne qualité de vie pendant la vieillesse, il faut avoir alors un bon degré d'indépendance et d'autonomie. Comme Chappell (1996) l'a signalé, la grande majorité des personnes âgées ne sont pas affligées par un déclin mental grave, une situation de dépendance et un mauvais état de santé physique; l'affirmation contraire est un stéréotype. Les milieux socio-économiques et matériel influent beaucoup sur la qualité de la santé des aînés. Nous savons que ce n'est pas dans les pays les plus riches que l'espérance de vie est la plus longue, mais bien dans ceux où la fourchette des revenus est la plus étroite et où seule une proportion infime de la population vit dans une pauvreté relative.

Comme l'éventail des questions intéressant la santé des personnes âgées est très vaste, il ne faut pas analyser isolément les rapports de synthèse rédigés sur les projets du FASS. Les rapports de synthèse concernant les études du Groupe de travail sur les déterminants de la santé, qui relevait du Forum national sur la santé, présentent aussi un intérêt pour l'orientation générale des initiatives fondamentales relatives à la santé des personnes âgées. Le Forum avait pour mandat d'informer les Canadiens et les Canadiennes sur les façons novatrices d'améliorer leur santé, de les faire participer aux efforts déployés en ce sens et de conseiller le gouvernement fédéral en la matière. Les documents d'étude commandés par le Forum ont porté sur des éléments tels que les principales conclusions issues de la littérature concernant les déterminants de la santé, des modèles de réussite portant sur le problème, et les conséquences et conseils fondamentaux en la matière.

Un grand nombre de recommandations de base issues de la recherche faite sur la santé des aînés dans le cadre des projets du FASS vont dans le sens de celles formulées par le Forum natioal sur la santé (FNS), les renforcent et en sont le prolongement. Par exemple, les recommandations du FNS sur le maintien et l'amélioration de l'indépendance et du bien-être au troisième âge visent à garantir un soutien suffisant aux services de soins familiaux et communautaires;

financer les programmes communautaires; évaluer les conséquences intersectorielles des politiques élaborées dans des secteurs tels que le logement, les transports et l'impôt; veiller à ce que les nouvelles régies régionales et locales de la santé ne soient pas dominées par des intérêts traditionnels (p. ex., les hôpitaux et les médecins); songer à la formation et à la carrière des travailleurs de la santé qui ne sont pas médecins (Forum national sur la santé, 1996, p. 57 de la version anglaise).

Parmi les recommandations du Forum national sur la santé qui intéressent l'utilisation des produits pharmaceutiques par les personnes âgées figurent les suivantes : il faut aider les aînés à évaluer les risques et les avantages de la pharmacothérapie; c'est d'abord dans le contexte des soins primaires et dans les pharmacies qu'il faut recourir à l'infotechnologie pour mettre les médecins en rapport avec les bonnes sources d'information et leur donner accès aux renseignements pertinents; il faut intégrer aux programmes d'enseignement médical des plans d'action destinés à améliorer les compétences des médecins aux chapitres des communications avec les malades et de la façon d'établir les ordonnances, et il faut évaluer ces programmes (Forum national sur la santé, 1996, p. 69-70 de la version anglaise).

Il faut donc voir dans ces divers rapports – ceux du Forum national sur la santé et ceux issus des études du FASS – des éléments d'une littérature plus vaste qui va dans le sens des politiques sur la santé des personnes âgées mettant en évidence le fait indéniable qu'à mesure que la population vieillit, le système des soins de santé doit de moins en moins mettre l'accent sur les soins actifs et viser plutôt à soutenir les soins familiaux et communautaires et à en reconnaître l'utilité. Les rapports rédigés sur les projets du FASS montrent clairement que, même si les propos tenus sur la réforme actuelle des soins de santé ont faire valoir la nécessité impérative du continuum des cas, rien ne s'est encore produit dans les faits (Chappell, 1996, p. 56). Il faut ici se poser la question de savoir si le continuum des soins destinés aux aînés exige une intégration de tous les programmes et de tous les services à l'échelle du système, ou, dans des proportions plus réduites, une gamme d'activités éducationnelles inter-organisationnelles et inter-professionnelles qui favorisent l'élimination de ces obstacles structurels (Shapiro et Havens, 2000). Ce qui est clair à la lecture de ces rapports, c'est que les innovations continuent de se faire ponctuellement dans le système, sans changements correspondants. Nous avons maintenant les résultats de 20 ans de recherche (p. ex., Evans et coll., 1981; Kane et Kane, 1985) montrant que, pour des raisons afférentes au contrôle des coûts, à l'efficience et à l'efficacité, il faut envisager le système comme un tout. Selon les chercheurs, cela signifie que, si un nouveau genre de soins doit en remplacer un autre, ce dernier doit disparaître.

Aussi détaillés que les projets financés par le FASS aient pu être, il reste encore des domaines inexplorés. Par exemple, les chercheurs doivent encore voir comment, quand une catégorie de soins sera remplacée par une autre, on décidera quels services éliminer au cours de la réforme des services de santé et ceux qui devront être ajoutés. En outre, dans l'avenir, il faudrait examiner comment des facteurs environnementaux tels que l'isolement géographique, le manque d'accès aux transports et la rigueur du climat risquent de compromettre la santé des personnes âgées et leur accès aux services de santé dont elles ont besoin.

Les chercheurs du domaine de la santé doivent aussi reconnaître qu'étant donné la composition des groupes défavorisés, il faudra répondre aux besoins des personnes âgées, dont la diversité ethnique et raciale s'accentue sans cesse au Canada, en leur offrant des soins de santé prenant davantage en compte la dimension culturelle du contexte. Comme Wister (1998) le signale, le vieillissement de la population et les changements parallèles dans la santé des gens ont un effet profond sur l'organisation et la prestation des soins de santé dans de nombreux pays du monde. Vu la croissance des nombres relatif et absolu de personnes âgées et vu l'évolution des tendances de la morbidité et de la mortalité, on s'intéresse maintenant à la qualité, à l'efficience et à l'efficacité des systèmes de soins de santé. L'évolution marquée des valeurs et des croyances dans un pays donné au fil des ans et les différences ethniques existant dans un pays à un moment précis constituent d'importants éléments culturels qui influent grandement sur la santé de la population, sur l'organisation des soins de santé et

sur la politique adoptée en matière de santé. Ces observations doivent guider les études qui seront faites sur la santé des aînés et déboucher sur des politiques officielles tenant compte de toutes les composantes du groupe extrêmement diversifié que les personnes âgées forment au Canada. Les rapports rédigés sur les projets du FASS constituent une bonne pierre angulaire sur laquelle fonder ces études. Avec le prolongement de la recherche qui reconnaît les besoins particuliers des sous-groupes à risque au sein de l'ensemble des personnes âgées au Canada, nous nous rapprocherons toujours davantage, comme le font valoir Shapiro et Havens (2000), de l'objectif qu'est la collecte de données généralisables sur l'incidence que la réforme du système de santé aura sur la santé des aînés.

Ouvrages de référence

Chappell, N.L. (1988). Long-term care in Canada. In E. Rathbone-McCuan & B. Havens (Eds.), *North American elders: United States and Canadian perspectives* (pp. 73-88). Westport, CT: Greenwood Press.

Chappell, N.L. (1996). Summary of "Maintaining and enhancing independence and well-being in old age." In National Forum on Health, *What determines health?: Summaries of a series of papers on the determinants of health* (pp. 54-57). Ottawa: Minister of Public Works and Governemnt Services Canada (Cat. # H21-126\3-1996E).

Deber, R.B., & Williams, A.P. (1995). Policy, payment and participation: Long-term care reform in Ontario. *Canadian Journal on Aging, 14*(2), 294-318.

Dumas, J., & Bélanger, A. (1997). *Report on the demographic situation in Canada, 1996.* Ottawa: Statistics Canada.

Evans, R.L., McGrail, K.M., Morgan, S.G., Barer, M.L., & Hertzman, C. (2001). Apocalypse No: Population aging and the future of health care systems. *Canadian Journal on Aging, 20*(Suppl.1, Summer), 160-191.

Gee, E.M., & Gutman, G.M. (2000). *The overselling of population aging: Apocalyptic demography, intergenerational challenges and social policy.* Toronto: Oxford University Press.

Gottlieb, B.H. (2000). Self-help, mutual aid, and support groups among older adults. *Canadian Journal on Aging, 19*(Suppl. 1), 58-74.

Health Canada. (2001). *Rural action plan.* Ottawa: The Author.

Joseph, A.E., & Martin-Matthews, A. (1994). Growing old in aging communities. In V.W. Marshall & B.D. McPherson (Eds.), *Aging: Canadian perspectives* (pp. 20-35). Peterborough, ON: Broadview Press.

Kane, R.L., & Kane, R.A. (1985). *A will and a way: What the United States can learn from Canada about caring for the elderly.* New York: Columbia University Press.

Keating, N.C. (1991). *Aging in rural Canada.* Toronto: Butterworths/Harcourt.

Lassey, M.L., Lassey, W.R., & Jinks, M.J. (1997). *Health care systems around the world: Characteristics, issues, reforms.* Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

McDaniel, S.A., & Chappell, N.L. (1999). Issues and commentaries: Health care in regression: Contradictions, tensions and implications for Canadian seniors. *Canadian Public Policy, XXV*(1), 123-132.

McPherson, B.D. (1998). *Aging as a social process* (3rd ed.). Toronto: Harcourt Brace Canada.

McWilliam, C.L., Diehl-Jones, W.L., Jutai, J., & Tadrassi, S. (2000). Care delivery approaches and seniors' independence. *Canadian Journal on Aging, 19* (Suppl. 1), 101-124.

Moore, E., & Rosenberg, M. (1997). *Growing old in Canada.* Ottawa: Statistics Canada.

Morrongiello, B.A., & Gottlieb, B.H. (2000). Self-care among older adults. *Canadian Journal on Aging, 19* (Suppl. 1), 32-57.

National Advisory Council on Aging. (1989). *Understanding seniors' independence: Report #1: The barriers and suggestions for action.* Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada.

National Forum on Health. (1996). *What determines health?: Summaries of a series of papers on the determinants of health.* Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada (Cat. # H21-126\3-1996E.).

Penning, M.J., & Keating, N.C. (2000). Self-, informal and formal care: Partnerships in community-based and residential long-term care settings. *Canadian Journal on Aging, 19*(Suppl. 1), 75-100.

Rosenberg, M.W., & James, A.M. (2000). Medical services utilization patterns by seniors. *Canadian Journal on Aging, 19*(Suppl. 1), 125-142.

Shapiro, E., & Havens, B. (2000). Bridging the knowledge gap: from evidence to policy and practice that fosters seniors' independence. *Canadian Journal on Aging, 19*(Suppl. 1), 176-190.

Statistics Canada. (1999). *A portrait of seniors in Canada* (3rd ed.). Ottawa: Statistics Canada. Catalogue 99-XPE, p. 46.

Tamblyn, R., & Perreault, R. (2000). Prescription drug use and seniors. *Canadian Journal on Aging, 19* (Suppl. 1), 143-175.

Wister, A. (1998). Introduction. In A.V. Wister and G.M.Gutman (Eds.), *Health systems and aging in selected Pacific Rim countries: Cultural diversity and change* (pp. 9-17). Vancouver: Gerontology Research Centre, Simon Fraser University.

Annexe A : Liste des projets du FASS touchant la santé des personnes âgées

Cet annexe contient un sommaire des projets du FASS qui ont été revus dans le cadre de la préparation de ce document. Pour de plus amples renseignements concernant ces projets, prière de consulter le site Web du FASS : www.hc-sc.gc.ca/htf-fass.

(NA122) La sécurité des patients avec démence vivant à domicile

Bénéficiaire : CLSC Côte-des-Neiges, Montréal

Contribution : 178 035 $

Ce projet a mis au point et validé un questionnaire d'évaluation des risques courus par les personnes âgées atteintes de démence et vivant chez elles. Le questionnaire visait à dégager et à réduire les risques en évaluant les interventions appropriées et l'impact du conseil sur le soignant naturel. Le questionnaire mis au point l'a été dans deux versions (courte et longue) et dans deux langues (français et anglais) grâce à des travaux pilotes réalisés dans des milieux urbains, semi-urbains et ruraux de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et du Québec. On a demandé aux professionnels de la santé qui avaient aiguillé des patients vers le projet de passer en revue les questionnaires de leurs patients. Le taux de réponse des professionnels se montait à 50 pour cent au Québec, à seulement 15 pour cent en Alberta, et à zéro pour cent en Colombie-Britannique. Les auteurs estiment que cet outil peut être utilisé dans l'ensemble des provinces pour fournir une entrevue d'évaluation structurée, notamment lors de la première rencontre avec le patient atteint de démence et vivant à domicile.

(NA221) L'utilisation des benzodiazépines chez les aînés

Bénéficiaire : Association des facultés de médecine du Canada

Contribution : 618 455 $

Ce projet d'envergure nationale étudiait la faisabilité d'un examen de l'utilisation des médicaments à l'échelle du Canada ainsi que celle d'un volet de formation médicale continue (FMC) pour les médecins de première ligne au sujet de la prescription appropriée des benzodiazépines. La consommation abusive et la prescription inappropriée de benzodiazépines chez les personnes âgées sont toutes deux bien documentées. Chacun des huit provinces ayant des facultés de médecine aborde ce problème à sa façon. L'Ontario et le Québec ont pu identifier les médecins dont les schémas de prescription étaient potentiellement inappropriés et ont adapté les efforts d'éducation à ces personnes et ce, de manière confidentielle. Dans les différentes provinces, les interventions comprenaient des séminaires, l'envoi de matériel imprimé par la poste et du matériel d'enseignement aux patients. Quatre provinces ont également un programme de formation continue en pharmacothérapie. Deux provinces ont mis en place deux séances de FMC interactives pour petits groupes. Dans toutes les régions, l'initiative prenait une forme éducative et non coercitive. Au moment d'établir le présent rapport, l'analyse de suivi n'avait été achevée qu'en Ontario et à Terre-Neuve; dans cette dernière, on ne constatait aucun changement important sur le plan des données de prescription collective tandis qu'en Ontario, on notait une très modeste baisse au niveau des prescriptions individuelles aux aînés.

(NA227) Les régimes d'assurance-médicaments sont-ils importants? Effets de l'admissibilité à un régime d'assurance-médicaments sur la consommation de médicaments chez les personnes âgées, les assistés sociaux et le grand public

Bénéficiaire : Centre for the Evaluation of Medicines, St. Joseph's Hospital, Hamilton

Contribution : 122 372 $

Cette étude éclairait les débats entourant la question d'un programme national d'assurance-médicaments en utilisant les données rassemblées dans le cadre de deux enquêtes de santé auprès de la population de 10 provinces en vue de prédire l'impact d'un tel

programme sur la consommation de médicaments prescrits, sur les services des médecins et sur l'état de santé de la population canadienne. Le projet a dégagé des variations en ce qui concerne la protection dont dispose le grand public et des différences au niveau de la distribution des coûts entre les provinces d'une part et les aînés et les assistés sociaux d'autre part. Ensuite, le projet a élaboré une plage d'indicateurs et de modèles d'estimation de l'utilisation des médicaments prescrits afin de repérer l'impact de divers types de régimes d'assurance-médicaments ainsi que de plusieurs variables socio-économiques, démographiques et sanitaires. La conclusion indique que les variations au niveau de la portée de l'assurance-médicaments ne semblent pas influer sur les schémas de consommation des médicaments des personnes ayant un statut socio-économique et un état de santé moyens, ce qui suggère qu'un programme d'assurance-médicaments ne serait pas, pour la majorité des Canadiens, un encouragement à utiliser substantiellement plus de médicaments ou de ressources professionnelles. D'un autre côté, le transfert des coûts du consommateur au gouvernement pourrait stimuler la consommation de médicaments chez les personnes à faible revenu et les malades pour qui le prix est un obstacle aux soins, ce qui pourrait, en bout de ligne, entraîner l'amélioration de leur état de santé.

(NA228) Projet-pilote pour comparer les médicaments utilisés dans les programmes d'assurance-médicaments – antibiotiques chez les aînés et le grand public

Bénéficiaire : Dalhousie University, Halifax

Contribution : 105 300 $

Cette étude mettait à l'essai et évaluait de nouvelles manières de comparer la consommation de médicaments au sein des juridictions canadiennes – une méthode qui effectue les rajustements nécessaires aux médicaments qui existent sous différentes concentrations, les doses recommandées et les formulations. Les chercheurs ont éprouvé l'efficacité du système de doses thérapeutiques quotidiennes (DTQ) mis au point par l'Organisation mondiale de la santé pour réaliser des comparaisons sur une classe entière de médicaments, dans le cas présent, les anti-infectieux de prise orale (p. ex. l'amoxicilline). Ils ont repéré des médicaments individuels utilisés dans trois provinces (Nouvelle-Écosse, Manitoba, Saskatchewan) au cours de trois exercices financiers, leur ont attribué manuellement des codes de classification anatomique thérapeutique chimique, et ont ensuite calculé le nombre de DTQ de chaque médicament qui avait été prescrit par 1000 bénéficiaires et par an. Ils ont ainsi pu décrire la consommation par province, par médicament et par sous-groupe de patients au sein de la population générale (Manitoba, Saskatchewan) et celle des personnes âgées (Manitoba, Saskatchewan, Nouvelle-Écosse). Ils ont observé qu'au cours des trois années de l'étude, la consommation d'anti-infectieux avait diminué en Saskatchewan, avait augmenté en Nouvelle-Écosse, avait baissé puis remonté au Manitoba.

(NA404/QC404) Un Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)

Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Contribution : 2 798 781 $

Ce projet de démonstration mettait à l'essai la faisabilité et la rentabilité d'une nouvelle méthode d'organisation, de financement et de prestation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Il s'agissait du SIPA (Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie), le financement duquel simulait la capitation. Le rapport décrit comment deux territoires de CLSC de Montréal ont mis le système en place avec l'aide d'équipes interdisciplinaires qui coordonnaient l'ensemble des services médicaux et sociaux, aussi bien primaires que secondaires, et qui dispensaient les soins aigus et chroniques à tous les patients. Ce projet visait à répondre aux besoins des personnes âgées frêles et de maintenir leur autonomie et leur capacité à choisir des solutions appropriées. En ce qui concerne le système des services sanitaires et sociaux, le but était d'optimaliser l'utilisation des ressources communautaires, hospitalières ou institutionnelles. Le rapport détaille les difficultés et les retards ayant marqué la mise en œuvre, ainsi que les obstacles à la gestion efficace du projet, notamment les difficultés à impliquer les médecins d'exercice privé. Néanmoins, les patients (et le personnel soignant) du groupe SIPA déclaraient qu'à leur avis la qualité des services était supérieure et qu'ils éprouvaient un plus grand sentiment de sécurité par rapport à ceux du groupe témoin. En outre, le groupe SIPA a réduit de manière significative son utilisation des ressources hospitalières, et la tendance à l'institutionnalisation était moindre

parmi ces patients. L'analyse des coûts des soins révélait qu'ils étaient légèrement plus élevés chez les patients du groupe SIPA et que l'utilisation accrue des services communautaires n'était pas compensée, du point de vue financier, par la réduction de l'utilisation des services hospitaliers, à tout le moins durant la période d'expérimentation. Toutefois, les auteurs suggèrent que cette méthode pourrait devenir plus rentable si on y incorporait le coût des soins de longue durée sur une période plus prolongée.

(NA1007) Incidence et coûts d'une intervention précoce de promotion de la santé et de réadaptation chez un public âgé nécessitant des soins à domicile

Bénéficiaire : McMaster University, Hamilton

Contribution : 223 201 $

Cette étude sur échantillon aléatoire et contrôlé cherchait à savoir si l'utilisation d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes en milieu de soins à domicile prévenait le déclin fonctionnel chez les patients âgés et améliorait leur autonomie, réduisait le fardeau des aidants naturels, et diminuait l'utilisation des services sanitaires et sociaux. Il est notoire que les personnes âgées qui nécessitent une hospitalisation courent le risque de subir une détérioration à long terme de leur état de santé qui peut se poursuivre après leur congé, étant donné que les clients peuvent passer à un état de dépendance vis-à-vis des services de soins à domicile. Dans le cadre de ce projet, les patients admissibles (de 60 ans et plus) qui recevaient leur congé des hôpitaux de soins de courte durée et qui étaient aiguillés vers le Community Access Centre of Halton pour la prestation de services d'aide et d'entretien ménager et/ou de soins infirmiers étaient répartis au hasard entre le groupe recevant les services de soins à domicile habituels et le groupe bénéficiant d'une intervention précoce individuelle de promotion de la santé et de réadaptation menée par des ergothérapeutes et des physiothérapeutes en plus des soins à domicile. On a ainsi recruté un total de 201 patients. On poursuit actuellement l'évaluation des résultats du projet, mais les analyses préliminaires montrent que les services de réadaptation ont permis d'améliorer les capacités fonctionnelles des clients sur le plan des activités de la vie quotidienne par rapport à celles du groupe témoin.

(AB301-17) Une évaluation du Programme de soins palliatifs communautaire intégrés de la régie régionale de santé de Lakeland

Ce projet visait à mettre en place et à évaluer un modèle de prestation intégrée des soins palliatifs dans une région rurale du Centre-Est de l'Alberta. Il avait pour but d'améliorer l'accès aux soins palliatifs et la qualité des services. L'équipe du projet se composait d'un médecin consultant en soins palliatifs, d'une responsable de projet et d'une coordonnatrice des soins palliatifs qui jouait également le rôle de consultante en soins infirmiers. On a constaté l'augmentation des consultations entre les professionnels de la santé et l'équipe de soins palliatifs; les patients, les proches et les prestateurs de soins signalaient tous une amélioration de la qualité des soins; le projet a réussi à amorcer le virage des soins de courte durée aux soins communautaires. Ainsi, dans la zone concernée par le projet pilote, le nombre de décès à domicile est passé de 8 pour cent en pré-programme à presque 30 pour cent en post-programme.

(BC122) Projet d'essai et d'évaluation d'un programme de soins regroupés

Bénéficiaire : South Fraser Health Region

Contribution : 84 000 $

Ce projet d'une durée de sept mois a examiné une approche d'équipe à horaire variable (appelée soins regroupés) dans le cadre des services de maintien à domicile aux aînés en tant que solution de remplacement à l'attribution de cas individuels et aux visites à heure fixe. On se demandait si des visites plus brèves mais plus fréquentes se traduiraient par une amélioration des soins et de l'efficacité des services et une autonomie accrue chez les clients. Après avoir étudié deux expériences apparentées à Waterloo et à Kamloops, les chercheurs ont sélectionné deux sites pilotes et ont dirigé deux équipes de soutien à domicile. Des comparaisons détaillées des modèles de soins traditionnels et de soins regroupés ont montré que ces derniers convenaient à la plupart des clients et qu'ils étaient particulièrement appropriés pour les clients habitant dans des immeubles résidentiels et recevant un nombre considérable d'heures de soutien à domicile. Dans l'ensemble, les niveaux de soins ont augmenté, notamment aux niveaux les plus complexes; ceci pourrait certes venir du fait que l'on

a comparé en 1998 et en 1999 le même groupe de clients, dont la majorité avait plus de 80 ans et dont les besoins de santé ont pu s'accroître durant cette période. Des soins améliorés et l'approche d'équipe se sont soldés par un supplément d'heures et de coûts. Les enquêtes effectuées indiquaient le haut degré de satisfaction des clients, des soignants et des aidants naturels vis-à-vis du programme.

(BC123) Évaluation d'un modèle de prestation de services aux aînés en perte d'autonomie

Bénéficiaire : North Shore Health Region

Contribution : 139 875 $

Ce projet d'une durée de six mois comparait les services de soins à domicile intégrés et non intégrés aux aînés en perte d'autonomie. Il évaluait également la rentabilité et les résultats relatifs pour les patients des soins à domicile intégrés. Les clients appartenant au groupe de traitement bénéficiaient de l'attention continue d'une coordonnatrice des soins, de généreux services de rééducation en ergothérapie et en physiothérapie, de l'accès à un programme de soins journaliers pour adultes, de consultations auprès d'équipes mobiles de santé mentale et de soins gériatriques, de séances de récréothérapie, d'une attention régulière aux réunions d'études de cas de l'équipe interdisciplinaire ainsi que des services d'un travailleur salarié de soutien à domicile. Le programme s'est avéré très rentable. Durant ses six mois d'existence, les coûts totaux des services s'élevaient à 7 367 $ par client dans le groupe de traitement tandis qu'ils se chiffraient à 11 279 $ dans le groupe témoin. Il n'existait, entre les deux groupes, aucune différence significative sur le plan des résultats pour les patients.

(BC124) Meilleure gestion des cas de démence

Bénéficiaire : Upper Island/Central Coast Community Health Services Society

Contribution : 126 623 $

Cette initiative avait pour but d'augmenter les connaissances et la confiance des dispensateurs de services et des soignants naturels qui soutiennent les personnes atteintes de démence hors établissement. Le projet a permis l'élaboration et la tenue d'une série de séances d'éducation et de séances tenues sur place à l'intention des travailleurs de soutien à domicile, des responsables de cas et des superviseurs du maintien à domicile. Après avoir suivi leur formation, les responsables de cas ont augmenté le temps qu'ils passaient avec les soignants naturels. Tous les membres de l'équipe de soutien ont bénéficié des retombées positives de la création, dans un hôpital local, d'un poste expérimental voué entièrement à la gestion des cas et chargé du dépistage, de la prise en charge et du congé des patients atteints de démence. Les chercheurs ont constaté que les travailleurs de soutien à domicile s'intéressaient au programme en plus grand nombre que prévu. Les participants ont rapporté que leurs connaissances, leur confiance et la fierté d'appartenir à l'équipe s'étaient « infiniment multipliées » dans le cadre du projet.

(BC201) Projet de transition vers un régime d'assurance-médicaments en Colombie-Britannique

Bénéficiaire : British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors

Contribution : 3 165 600 $ Huit sous-projets

(BC201-01) Projet sur la gestion du sommeil et de l'anxiété

Ce projet fournissait aux médecins de famille de la documentation en vue de les aider à gérer les troubles du sommeil et de l'anxiété chez les personnes âgées dans l'espoir que cela réduirait la prescription de benzodiazépines, une classe de tranquillisants et de somnifères. Le projet a également examiné si une ligne de soutien téléphonique entrainerait des changements au niveau des pratiques de prescription des médicaments. La prescription de ces médicaments au cours des six mois précédant le projet a été comparée à celle des six mois suivant l'introduction des interventions liées au projet. Dans l'ensemble, cette étude a conclu que son hypothèse n'était pas fondée.

(BC201-7) Projet d'extension des services aux patients

Ce projet pilote tirait parti du système PharmaNet de la Colombie-Britannique pour alerter les pharmaciens au sujet de ceux de leurs patients qui ne prenaient pas adéquatement leurs médicaments prescrits. Les concepteurs du projet repéraient les patients qui prenaient un minimum de cinq médicaments concomitants. Une fois alerté, le pharmacien choisissait parmi un éventail d'interventions en vue d'instruire le patient sur ses médicaments et leur

emploi, dont la formation, le renforcement et l'aiguillage vers le médecin. Le projet examinait la faisabilité et l'acceptabilité du système d'alerte ainsi que la faisabilité du programme d'approche. Les principaux résultats indiquent que le système d'alerte de PharmaNet est efficace et réalisable dans le milieu des pharmacies communautaires et qu'il ne perturbe pas les pratiques de travail régulières. De prochaines analyses examineront la rentabilité du programme.

(PE121) Une intervention intégrée en santé mentale pour les aînés

Bénéficiaire : Prince Edward Island Department of Health and Social Services

Contribution : 140 000 $

Cette étude de deux ans a élaboré et vérifié sur le terrain un modèle de dispensation des services intégrant les services de santé mentale à domicile et en milieu communautaire à l'intention des personnes âgées atteintes de démence ou de dépression, les troubles mentaux les plus fréquents chez cette population. Les principaux objectifs étaient une évaluation plus précoce, la planification des soins et la pertinence des interventions. La planification du modèle a progressé avec prudence afin de permettre aux travailleurs en soins à domicile et en santé mentale d'assimiler les objectifs. Une fois lancé, le projet visait à accroître la confiance et la compétence du personnel de première ligne au moyen d'ateliers (pour les travailleurs en soins à domicile) et d'une formation intensifiée sur la santé des aînés (pour les travailleurs en santé mentale). Les chercheurs ont mis au point un bilan de dépistage permettant de reconnaître les signes avant-coureurs de la maladie lors des visites à domicile ainsi qu'un protocole de diagnostic multidisciplinaire pour les évaluations effectuées auprès des clients et des soignants. Le projet a rehaussé l'accessibilité du personnel des soins à domicile à l'expertise en santé mentale; parmi les défis, on notait le maintien en poste des effectifs et les efforts nécessaires pour obtenir l'appui des médecins de famille.

(ON221) Essai sur une base aléatoire visant à évaluer le rôle élargi des pharmaciens à l'égard des aînés qui bénéficient d'un régime provincial d'assurance-médicaments en Ontario – Seniors Medication Assessment Research Trial (SMART)

Bénéficiaire : McMaster University, Hamilton

Contribution : 677 860 $

Cette étude évaluait un programme de cinq mois créant des partenariats entre des médecins de famille et des pharmaciens formés à la dispensation de soins cognitifs et cliniques axés sur le patient (pharmaciens à rôle élargi) afin d'optimiser la thérapie médicamenteuse chez les personnes âgées. Le projet faisait appel à un devis d'étude sur échantillon aléatoire et contrôlé en grappes représentant 889 patients âgés utilisant chacun cinq médicaments ou plus, dans 48 cabinets de médecine familiale de régions urbaines et rurales de l'Ontario. Le projet SMART associait pharmaciens et médecins de famille dans le groupe d'intervention, donnait accès aux dossiers médicaux et aux entrevues réalisées auprès des patients, facilitait les recommandations sur les problèmes liés aux médicaments et déterminait, au cours des cinq mois suivants, lesquelles de ces recommandations seraient mises en œuvre. Le rapport constate que l'expérience s'est soldée par une réussite, qu'elle était efficace et reproductible : des problèmes liés aux médicaments ont été dégagés chez 88 pour cent des patients du groupe d'intervention; les médecins ont accepté de mettre en œuvre 84,2 pour cent des recommandations reçues; après cinq mois, 56,5 pour cent de ces changements avaient fait l'objet d'une mise en œuvre réussie. L'étude n'a observé aucune différence significative entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle en ce qui concerne le nombre moyen de médicaments quotidiens ou d'unités de médicaments, la proportion respective d'utilisation des médicaments à bon et à mauvais escient, la proportion de patients signalant un problème lié aux médicaments ou un problème de qualité de vie. Les médecins et les pharmaciens déclaraient qu'ils recommanderaient cette méthode de collaboration à leurs collègues.

(QC101) Impact du Guichet Unique en CLSC : Utilisation des services et vécu des intervenants

Bénéficiaire : CLSC René-Cassin

Contribution : 242 663 $

À la fin de 1996, on a demandé aux CLSC de Montréal de mettre en œuvre les modalités de guichet unique pour la prestation des services afin de s'assurer du maintien à domicile des clients âgés. Cette étude évaluait la mise en œuvre de ce processus et son impact sur les professionnels de la santé et leur pratique. Les chercheurs ont obtenu les données par le biais de groupes de réflexion, de questionnaires et d'entrevues individuelles. Ils en ont conclu que la satisfaction des besoins complexes d'une population vieillissante exige l'adoption d'une approche intégrée. En revanche, ils ont constaté que certains problèmes accompagnaient l'introduction de la gestion de cas dans les CLSC à l'étude : lourde charge professionnelle des travailleurs; gestionnaires de cas courant un risque d'épuisement professionnel du fait de l'accroissement du nombre de cas et de la complexité des tâches; les gestionnaires de cas n'ayant pas l'autorité nécessaire pour orienter le travail des professionnels dans tous les services qu'ils doivent coordonner. Les auteurs recommandent que l'on forme les gestionnaires de cas à leurs nouvelles tâches; que l'on forme les partenaires du continuum de services anticipé (p. ex. médecins, hôpitaux, organismes communautaires) afin qu'ils comprennent clairement leur rôle; que l'on établisse des critères clairs pour la définition de la clientèle; que l'on définisse des normes en matière de charge de travail telles qu'elles n'accablent pas les travailleurs. Bien que l'approche du guichet unique vise, en partie, à réduire le taux d'hospitalisation et d'institutionnalisation de la population vieillissante, et donc, de réduire les dépenses publiques, cette étude ne s'est pas penchée sur les coûts relatifs. Quant au processus de changement proprement dit, les chercheurs signalent que l'organisation des contingences facilite le processus de changement.

(QC123) Développement et implantation d'un système de prix de revient des soins et des services à domicile dans le cadre du projet de démonstration d'un réseau intégré de services dans les Bois-Francs avec une coordination de services par gestion de cas

Bénéficiaire : Université Laval

Contribution : 199 290 $

Ce projet a mis au point un système d'analyse des coûts en vue d'évaluer les résultats de la coordination des services aux personnes âgées en perte d'autonomie dans les Bois-Francs, Québec. (Consulter le projet QC403 qui présente une évaluation du présent projet en ce qui concerne sa mise en œuvre et les résultats pour les patients.) Le calcul des coûts concernait les soins et services de santé à domicile destinés aux personnes âgées d'une part, et le réseau de la santé publique et des services sociaux, d'autre part. L'analyse économique des coûts assumés par les personnes âgées elles-mêmes et leur famille n'était pas disponible. Les résultats montrent qu'à long terme, les coûts globaux étaient comparables, entre les deux régions visées par l'essai, quoiqu'il y ait des différences sur le plan des services utilisés. Les chercheurs ont conclu que l'initiative de coordination des services est rentable parce qu'elle entraîne des avantages importants pour les patients sans pour autant exiger de dépenses accrues du système public. De plus, ils suggèrent que leur modèle de ventilation des coûts pourrait servir à évaluer d'autres projets d'intégration de services pour d'autres groupes de clients.

(QC403) Mécanisme de coordination des services gérontogériatriques des Bois-Francs

Bénéficiaire : Université Laval

Contribution : 250 700 $

Ce projet évaluait un modèle de soins coordonnés pour les personnes âgées en perte d'autonomie qui avait été élaboré en 1997 dans la région des Bois-Francs, Québec. La coordination des services se faisait par le biais d'un guichet unique, d'intervenants-pivots et de plans de services personnalisés allant de la promotion de la santé aux soins palliatifs. Un système de dossiers cliniques informatisés a été conçu en vue de faciliter la communication interdisciplinaire. L'évaluation montrait que le programme réussissait à atteindre les personnes âgées frêles et que les intervenants-pivots remplissait bien le rôle de

gestionnaires de cas. Le partage informatisé de l'information n'a pas aussi bien réussi parce que tous les intervenants du réseau ne possédaient pas l'équipement requis. L'évaluation des résultats pour les patients révélait que la clientèle des Bois-Francs restait plus longtemps à domicile que celle de la région témoin; en outre, les soignants naturels rapportaient la réduction de leur fardeau au cours des deux premières années de l'évaluation. Il était impossible d'en démontrer l'incidence sur l'utilisation du service des urgences, sur l'hospitalisation ou sur la consommation de médicaments. Le projet complémentaire (QC123) se penchait, lui, sur les coûts relatifs des services coordonnés et sur ceux d'une région contrôle; sa conclusion est que l'amélioration générale apparente des résultats pour les patients et pour leurs proches ne se traduisait pas par des coûts plus élevés.

(QC405) Personnes âgées obtenant leur congé du service des urgences d'un hôpital et risquant de subir des conséquences indésirables : dépistage et intervention

Bénéficiaire : Centre hospitalier de St. Mary

Contribution : 301 302 $

Cette étude examine la manière dont les services des urgences hospitaliers pourraient jouer un rôle intégrant sur le plan du continuum des soins pour les personnes âgées et éviter certains résultats adverses à la suite d'une visite à l'urgence, que l'on perçoit traditionnellement comme une brève période de transition. Un outil de dépistage a été élaboré afin d'identifier les personnes âgées de 65 ans et plus qui couraient le plus grand risque d'éprouver une perte fonctionnelle immédiatement après leur visite à l'urgence. Cet outil, utilisé par quatre hôpitaux montréalais, était le fruit des travaux d'un groupe de gériatres et d'une équipe de consultants universitaires chargés de l'apport technique et de l'analyse statistique et économique. Parmi les patients à risque élevé identifiés, on décelait en moyenne deux problèmes nouveaux ou non compensés dans des catégories telles que troubles physiques, activités de la vie quotidienne, troubles du comportement, troubles sociaux. Les patients ont fait l'objet d'un suivi un mois et quatre mois plus tard. L'administration du processus s'est avérée facile et rapide dans le milieu des services d'urgence. L'étude a montré que l'intervention réduit de manière significative le taux de déclin de l'état fonctionnel et les chercheurs mettaient l'accent sur le rôle pivot du service des urgences en tant qu'interface entre l'hôpital et les services communautaires.

(QC428) Évaluation des services de consultation psychiatrique externe pour les personnes âgées et déprimées : points de vue des patients, de leur famille, des médecins qui ont référé les patients à ces services et des psychiatres consultés

Bénéficiaire : Centre hospitalier de St. Mary

Contribution : 35 013 $

Cette étude, réalisée dans la clinique gériatrique d'un hôpital montréalais, fournit des renseignements sur ce qui ce passe lorsqu'un médecin de premier recours aiguille des patients vers des psychiatres gériatriques. Le virage ambulatoire du Québec met actuellement l'accent sur les soins de santé communautaires et exige des ressources hospitalières qu'elles jouent un rôle de consultation; cependant, la revue de la littérature effectuée par les chercheurs n'a mis à jour aucun modèle efficace de ce genre d'interaction dans le cas de patients en gériatrie. Le processus de consultation gériatrique englobait les vues des patients et de leur famille, celles des médecins ayant référé les patients et celles des psychiatres consultés. Quoique la plupart des patients et des médecins de premier recours soient satisfaits, ces derniers et les spécialistes consultés n'étaient que modérément d'accord sur le type de consultation réclamé, la raison de la consultation et la responsabilité des traitements supplémentaires. Le rapport souligne quelques-uns des problèmes soulevés par la démarche de consultation et propose des moyens simples d'améliorer la communication et donc de rehausser les soins aux patients.

(QC429) Impact de l'infirmier (ère) coordonnateur (trice) de congé au département d'urgence sur le succès des congés des patients âgés

Bénéficiaire : Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis

Contribution : 453 637 $

Ce projet a vu la création d'un poste d'infirmier(ère) coordonnateur(trice) de congé afin de superviser le congé des patients âgés du service des urgences de l'Hôpital général juif de Montréal. Les chercheurs voulaient en déterminer l'impact sur le taux de retour au service d'urgence et d'hospitalisation à court terme

ainsi que sur la satisfaction des patients et sur l'observance des plans de traitement. La planification du congé comprenait notamment l'établissement de liens entre le réseau des CLSC, les médecins de famille, le service des urgences et le système hospitalier. Il semblerait que les médecins soient prêts à donner un congé plus rapide aux patients âgés lorsqu'ils savent qu'une infirmière assurera un suivi dans les 24 heures. Ce facteur et la réduction de l'utilisation des services du département d'urgence entraîneraient probablement des économies au niveau de l'hôpital; par contre, il a été impossible d'effectuer une analyse coût-efficacité car on ne disposait pas de mesures adéquates pour certaines des variables. Cependant, les administrateurs de l'hôpital ont exprimé leur confiance dans les résultats de l'étude en établissant le poste d'infirmière coordonnatrice des congés rattaché au service des urgences, afin qu'elle œuvre auprès de la population définie comme étant à risque grâce à l'expérience menée.

(SK101) Une étude exploratoire de l'incidence à long terme des soins à domicile sur la clientèle âgée

Bénéficiaire : Health Services Utilization and Research Commission

Contribution : 26 490 $

C'est en se basant sur les statistiques provinciales que cette étude cherche à vérifier si les soins à domicile et les logements sociaux contribuent réellement à la longévité et à l'autonomie des personnes âgées. Les chercheurs ont rassemblé des données provinciales couvrant une période de huit ans concernant l'ensemble des 26 490 personnes âgées de la Saskatchewan et leur utilisation des hôpitaux, leurs médicaments, leurs soins médicaux et les schémas des soins reçus. Ils ont comparé les coûts de santé des bénéficiaires des services mentionnés ci-dessus à ceux des personnes qui n'en bénéficiaient pas. Après avoir rajusté les données en fonction de l'état de santé et de l'utilisation d'autres services, ils ont découvert que chez les bénéficiaires de soins à domicile, le coût total des services de santé était environ le triple du coût pour les non bénéficiaires, tandis que le coût total chez les résidants de logements sociaux était à peu près égal à celui des non résidants. Ces résultats suggèrent qu'en ce qui concerne les personnes âgées, le logement est une méthode plus efficace que les soins à domicile préventifs pour prolonger leur vie et leur éviter d'entrer en foyer pour personnes âgées et qu'il entraîne une réduction des coûts globaux des services de santé. Cependant, les auteurs avertissent que leurs travaux connaissaient des limitations importantes et suggèrent que l'on entreprenne des études additionnelles afin de confirmer et de prolonger leurs propres résultats.

(SK124) Soins hospitaliers et soins à domicile pour les personnes âgées de Saskatoon

Bénéficiaire : Saskatoon District Health

Contribution : 242 888 $

Cette étude suivait de près les admissions de patients âgés de 75 ans et plus dans trois hôpitaux de Saskatoon sur une période de neuf mois afin d'entreprendre une évaluation de processus et de résultats. Les chercheurs ont analysé les admissions, les besoins relatifs aux soins de courte durée, l'opportunité du congé, l'utilisation des soins à domicile et les perceptions des médecins relatives aux facteurs d'admission et de congé. Pour ce qui est des résultats, les chercheurs ont analysé l'état de santé des participants, notamment les mesures de la capacité fonctionnelle et de l'invalidité, à la suite de l'épisode hospitalier; le fardeau des soignants naturels; le coût de l'ensemble des services. Les données recueillies concernaient 967 patients, dans un bassin de 1502 participants éventuels. Le projet a mené une collecte de données similaire à un recensement qui définissait systématiquement la population âgée, ses caractéristiques, ses besoins, les trajectoires de soins et la pertinence des soins prodigués à cette population. L'étude est très révélatrice de la proportion des jours d'hôpital (11,8 pour cent) que cette population a passée dans des lits de soins actifs alors qu'un autre niveau de soins (ANS) aurait convenu. Les résultats concernant les soins à domicile sont aussi révélateurs : 29 pour cent des personnes de l'échantillon ont reçu des soins à domicile après leur congé, et 54 pour cent d'elles en avaient reçu avant leur admission.

(SK326) Programme enrichi de réadaptation en milieu rural

Bénéficiaire : Assiniboine Valley Health District

Contribution : 177 513 $

Ce projet visait à améliorer les services de réadaptation dans le Assiniboine Valley Health District en faisant appel à trois physiothérapeutes auxiliaires à temps plein qui travaillaient aux côtés de deux physiothérapeutes eux aussi à temps plein. Les trois physiothérapeutes auxiliaires ont été embauchés à un salaire moindre que celui des physiothérapeutes en titre pour s'occuper de diverses tâches dont le travail de bureau, l'enseignement aux patients et la conduite de cures de mouvements. Une évaluation interne a conclu que le nombre de patients recevant un traitement et la fréquence des traitements avaient augmenté tandis que la durée d'hospitalisation des patients avait, elle, diminué. De plus, il y avait une baisse du nombre de blessures au dos, aux épaules et au cou chez les professionnels des soins de santé et du nombre de chutes chez les patients. Toutefois, l'étude a également découvert que les patients devaient attendre plus longtemps les services de physiothérapie, une situation qui, selon les chercheurs, était due à l'accroissement des renvois par les médecins convaincus que le système pouvait répondre aux besoins.

(SK424) Évaluation d'un service des admissions et des congés pour l'ensemble du système

Bénéficiaire : Regina Health District

Contribution : 208 000 $

Cette étude avait pour but d'évaluer un service des admissions et des congés pour l'ensemble du système dont la création remontait à septembre 1997 afin d'intégrer et d'améliorer les procédures du district de santé de Regina (RHD). Quoique ce service subisse encore une évolution et qu'il n'ait pas encore fait l'objet d'une mise en œuvre complète au moment de l'évaluation, les chercheurs ont observé des améliorations dans les domaines de la qualité, de l'intégration et de l'accessibilité des services, et ils faisaient état des mesures particulières qui avaient réussi. Ils signalent que bien que les principes directeurs qui sous-tendent le service des admissions et des congés pour l'ensemble du système paraissent avoir le soutien du personnel, certains problèmes font encore obstacle à son implantation complète. En outre, les volets résultats de santé et rentabilité n'ont pas évolué de manière significative. Les chercheurs remarquent que certains facteurs doivent être en place si on veut que ce service des admissions et des congés atteigne son plein potentiel, notamment le leadership nécessaire à l'établissement d'une culture organisationnelle favorable; une définition claire des buts, structures, volets et processus; une communication et une collaboration rehaussées parmi les fournisseurs de services; des charges de travail réalistes pour les gestionnaires de cas; des ressources suffisantes dans la collectivité; la sensibilisation du public sur l'utilisation appropriée des divers types de soins de santé, un enjeu soulignant l'importance de la perception du public dans l'acceptation des changements apportés à la prestation des services de santé. L'évaluation pourra aider le district de santé de Regina à perfectionner ce nouveau service et à guider les pas d'autres organismes qui souhaitent mettre en œuvre un programme similaire.

(NT401) Améliorer l'efficacité et l'efficience des programmes à l'intention des personnes âgées, des personnes handicapées et des malades chroniques

Bénéficiaire : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

Contribution : 79 000 $

Ce projet a élaboré et mis en œuvre une nouvelle Trousse d'évaluation en soins continus (CCAP) permettant d'évaluer les clients exigeant des soins continus dans les Territoires du Nord-Ouest. L'utilisation d'un instrument normalisé a permis de diriger les clients vers les services communautaires qui fournissent un continuum de soins en tant qu'option rentable à l'institutionnalisation. Les données recueillies grâce à la trousse CCAP ont également permis d'améliorer la planification de la prestation des services, du logement et d'autres besoins liés aux ressources. Le rapport du projet pilote souligne les obstacles rencontrés tels que la résistance au changement, mais le principal problème était le roulement du personnel. Dans les petites juridictions, le départ d'une personne et la perte d'expertise connexe perturbent sérieusement la mise en œuvre des programmes. Les auteurs suggèrent que l'on résolve ces problèmes en préparant un manuel et en assurant une formation continue. Ils mettent aussi l'accent sur l'importance de l'appui des gestionnaires lorsqu'il

s'agit de faire accepter un nouvel outil. La trousse CCAP s'est révélée être un moyen efficace de réaliser des évaluations plus objectives et normalisées, ce qui a rendu l'accès aux soins continus à la fois plus efficace et plus équitable.

L'Organisation mondiale de la santé (1983) définit ainsi l'autogestion de la santé : les activités auxquelles les individus, les familles et les collectivités s'adonnent afin d'améliorer et de rétablir leur santé, de prévenir les maladies et d'en réduire l'étendue. Ces activités découlent du savoir et des compétences issus de l'expérience professionnelle et profane accumulée; les personnes les font en leur propre nom, soit séparément ou en collaboration avec des professionnels (voir Morrongiello et Gottlieb, 2000). D'un autre côté, le mot entraide désigne l'auto-assistance et l'aide réciproque que s'accordent les membres de groupes de soutien ou des personnes liées entre elles par des rapports informels (Gottlieb, 2000).

Les soins ou le soutien fournis à domicile ou dans la collectivité par la famille, les voisins ou des bénévoles. Ce genre d'assistance peut prendre diverses formes : offrir de la compagnie à quelqu'un; aider au transport, au magasinage ou à l'entretien domestique; ou même fournir des soins personnels (aider la personne à prendre son bain ou à s'habiller, par exemple), à mesure que les besoins changent (McPherson, 1998). Le soutien ou les soins dits « formels » sont des soins payés, fournis par des professionnels dûment formés (santé et services sociaux), souvent après une évaluation des besoins en soins par un organisme officiel. À titre d'exemple, citons les services fournis par les prestateurs de soins à domicile, le personnel infirmier, les physiothérapeutes et les médecins.